  

###### Wniosek złożono w dniu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub  całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | | | znaczny stopień | | | | I grupa inwalidzka | | |
| całkowita niezdolność do pracy | | | | | | | | umiarkowany stopień | | | | II grupa inwalidzka | | |
| częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | | lekki stopień | | | | III grupa inwalidzka | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo | | | | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU**, w zakresie: | | | | | **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej | | | | | | | | | |
| **obu** kończyn dolnych | | | | | **jednej** kończyny dolnej | | | | | | innym | | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma**  **INNE PRZYCZYNY** | | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: ................... stopni | | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: .................... stopni | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | | | | **07-S** choroby układu  oddechowego i krążenia | | | **09-M** choroby układu  moczowo - płciowego | | | | **11-I** inne |
| **02-P**  choroby psychiczne | | **06-E** epilepsja | | | | **08-T** choroby układu  pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** | | | | | | | | | | | | |
| **niezatrudniona/y bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** | | | | | | | | | | | | | |
| **zatrudniona/y na czas określony od dnia:** .......................  **do dnia:** ........................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ............................**  **(wskazuje się zatrudnienie na czas dłuższy niż 3 miesiące)** | | | | | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................................  ....................................................................................................  ....................................................................................................  **Adres miejsca pracy**: ................................................................ | | | | | | |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** | | | | | | | .....................................................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**  ..................................................................................................... | | | | | | |
| **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ....................................... | | | | **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**..........................., **dokonanego w urzędzie:** ............................................................................................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:...........................................................................................** | | | | | | | | | |
| **działalność rolnicza** | | | | **Miejsce prowadzenia działalności**: ................................................................................... | | | | | | | | | |

###### Wniosek złożono w dniu:

WNIOSEK „MODUŁ II” pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym- wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr...”, czytelnie

i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.............................................Nazwisko................................................... Data urodzenia ...................r.  Dowód osobisty seria ............. numer ..................... wydany w dniu.........................................................r.  przez.................................................................................................... Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne | | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały  Kod pocztowy - ............................................  (poczta)  Miejscowość ........................................................................  Ulica ...................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ......... Powiat ...............................  Województwo .....................................................................  miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś | | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)  Kod pocztowy - ......................  (poczta)  Miejscowość ...........................................................  Ulica ........................................................................  Nr domu ................. nr lokalu ................................  Powiat .....................................................................  Województwo ...................................................... |
| Adres korespondencyjny: (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**) .............................................................................................................................................................................. | | |
| **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ..............nr telefonu ...................................../nr tel. komórkowego:...............................................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ..................................................................................................................................................................................... | | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie:  ……………………………………………………………………………………….. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub  całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | | | znaczny stopień | | | | I grupa inwalidzka | | |
| całkowita niezdolność do pracy | | | | | | | | umiarkowany stopień | | | | II grupa inwalidzka | | |
| częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | | lekki stopień | | | | III grupa inwalidzka | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo | | | | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU 05-R,** w zakresie: | | | | | **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej | | | | | | | | | |
| **obu** kończyn dolnych | | | | | **jednej** kończyny dolnej | | | | | | innym | | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma**  **INNE PRZYCZYNY** | | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...................................  Zwężenie pola widzenia: .....................……stopni | | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):.................................  Zwężenie pola widzenia: .......................... stopni | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | | | | **07-S** choroby układu  oddechowego i krążenia | | | **09-M** choroby układu moczowo - płciowego | | | | **11-I** inne |
| **02-P**  choroby psychiczne | | **06-E** epilepsja | | | | **08-T** choroby układu  pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** | | | | | | | | | | | | |
| **niezatrudniona/y bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** | | | | | | | | | | | | | |
| **zatrudniona/y na czas określony od dnia:** .......................  **do dnia:** ........................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ............................**  **(wskazuje się zatrudnienie na czas dłuższy niż 3 miesiące)** | | | | | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................................  ....................................................................................................  ....................................................................................................  **Adres miejsca pracy**: ................................................................ | | | | | | |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** | | | | | | | .....................................................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**  ..................................................................................................... | | | | | | |
| **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ....................................... | | | | **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**..........................., **dokonanego w urzędzie:** ............................................................................................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:...........................................................................................** | | | | | | | | | |
| **działalność rolnicza** | | | | **Miejsce prowadzenia działalności**: ................................................................................... | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, kursy, szkolenia jakie: |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA PODYPLOMOWE | STUDIA DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | **nie dotyczy** |
| **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA** **Nazwa szkoły** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................  **Miejscowość** ...................................................... **ulica** .................................................................... **Nr**............................................  **Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** ..................................................................................... **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA** **(wypełnić w przypadku pobierania nauki na drugim kierunku lub wpisać w rubryki *nie dotyczy)*** **Nazwa szkoły** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................  **Miejscowość** ...................................................... **ulica** .................................................................... **Nr** ...........................................  **Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** ..................................................................................... | | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca otrzymał wcześniej,** na podstawie innego wniosku**, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT: tak nie**  i/lub **programu „STUDENT II”: tak nie**  i/lub **programu „Aktywny Samorząd” Moduł II tak  nie ** | | |
| **Proszę podać ilość semestrów nauki/ półroczy na które wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON (w ramach programu STUDENT/STUDENT II/Aktywny Samorząd Moduł II)……………..** | | |
| **Jeżeli Wnioskodawca otrzymał wcześniej,** na podstawie innego wniosku**, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” i/lub „STUDENT II” i/lub Aktywny Samorząd Moduł II, jaka forma kształcenia była dofinansowana *(można wskazać kilka odpowiedzi)*** | | |
| jednolite studia magisterskie | studia pierwszego stopnia | studia drugiego stopnia |
| studia podyplomowe | studia doktoranckie | nauka w kolegium pracowników służb społecznych |
| nauka w kolegium nauczycielskim | nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | nauka w szkole policealnej |
| nauka na uczelni zagranicznej | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*) |
| Oddział (Oddziały) np. **PFRON/ Powiat Prudnicki/ PCPR/inne**, który(e) przyznał(y) dofinansowanie:  ........................................................................................................................................................  Wnioskodawca **otrzymał** na podstawie innego wniosku, dofinansowanie ze środków PFRON na zakup **sprzętu ułatwiającego lub umożliwiającego naukę**:  tak nie  Jeżeli „tak” należy wskazać rodzaj dofinansowanego sprzętu.......................................................................... | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR lub Powiat Prudnicki? ( należy uwzględnić również umowy w ramach STUDENT i STUDENT II/Aktywny Samorząd Moduł II)** | | | | | tak nie | |
| **Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia** (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana  (w zł) | | Kwota rozliczona  przez organ udzielający pomocy  (w zł) |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………......…......……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............... | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………….. | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............…………………… | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….................................... |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | | |  | |  |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  **Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** ......................................................  **Uwaga!** W ramach programu „ MODUŁ II” **nie mogą uczestniczyć osoby**, które posiadają wymagalne zobowiązania wobecPFRON. | | | | | | |

**3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II**

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia**:  TAK  NIE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku | | | | | | | |
| jednolite studia magisterskie | | studia pierwszego stopnia | | | studia drugiego stopnia | | |
| studia podyplomowe | | studia doktoranckie | | | nauka w kolegium pracowników służb społecznych | | |
| nauka w kolegium nauczycielskim | | nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | | | nauka w szkole policealnej | | |
| nauka na uczelni zagranicznej | | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | | przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*) | | |
| Okres trwania nauki w szkole.........................*(ile semestrów)* | | | Data rozpoczęcia nauki/studiów ....................................... | | | | |
| Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobierał naukę objętą dofinansowaniem ze środków PFRON i ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w tej samej formie edukacji na poziomie wyższym ( np. po zakończeniu studiów I stopnia ponowne rozpoczęcie studiów I stopnia) tak nie | | | | | | | |
| Wnioskodawca powtarza semestr tak nie  W sytuacji powtarzania semestru, czy sytuacja miała już miejsce tak nie nie dotyczy,  jeśli tak to z jakiego powodu………………………............................................................................................................... | | | | | | | |
| Pełna nazwa szkoły/uczelni: ................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |
| Miejscowość | Ulica | | | Nr posesji | | Kod pocztowy | |
|  |  | | |  | |  | |
| Powiat | Województwo | | | Nr telefonu | | adres http://www | |
| Wydział | Kierunek nauki | | | Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: | | Rok nauki | Semestr nauki |
|  |  | | | tak nie | |  |  |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | | | | | | | tak nie |
| **Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty kształcenia z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu (m.in. korzysta z usług asystenta osoby niepełnosprawnej)**  tak nie | | | | | | | |
| **Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania** tak nie | | | | | | | |
| **Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny** tak nie | | | | | | | |
| **Wnioskodawca pobiera naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki** tak nie | | | | | | | |
| **Wnioskodawca studiuje w przyśpieszonym trybie**  tak  nie | | | | | | | |
| **Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych**  tak nie | | | | | | | |
| **Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego  tak  nie** | | | | | | | |
| **DRUGI KIERUNEK**  (wypełnić w przypadku pobierania nauki na drugim kierunku lub wpisać w rubrykach *nie dotyczy)* | | | | | | | |
| Okres trwania nauki w szkole.........................*(ile semestrów)* | | | Data rozpoczęcia nauki/studiów ....................................... | | | | |
| Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie | | | | | | | |
| Pełna nazwa szkoły: .................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |
| Miejscowość | Ulica | | | Nr posesji | | Kod pocztowy | |
|  |  | | |  | |  | |
| Powiat | Województwo | | | Nr telefonu | | adres http://www | |
| Wydział | Kierunek nauki | | | Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: | | Rok nauki | Semestr nauki |
|  |  | | | tak nie | |  |  |

**4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki** | **Koszt (w zł)** | **Wkład własny** | **Dofinansowanie (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Opłata za naukę (czesne): ...............................................\*\* |  |  |  |  |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego -  w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |  | Nie dotyczy |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA |  | Nie dotyczy |  |  |
| **Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z powodu:** | ----------------- | ------------------ | ------------------ | ----------------------- |
| - ponoszenia dodatkowych kosztów kształcenia z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu – korzystanie z usług m.in. asystenta osoby niepełnosprawnej**,** |  | Nie dotyczy |  |  |
| - pobierania nauki poza miejscem zamieszkania |  | Nie dotyczy |  |  |
| - posiadania aktualnej Karty Dużej Rodziny |  | Nie dotyczy |  |  |
| - pobierania nauki jednocześnie na 2 (lub więcej) kierunkach studiów/nauki |  | Nie dotyczy |  |  |
| - studiuje w przyśpieszonym trybie |  | Nie dotyczy |  |  |
| - poszkodowania w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych |  | Nie dotyczy |  |  |
| - korzystania z usług tłumacza języka migowego |  | Nie dotyczy |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Opłata za naukę – czesne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu** | **Wnioskodawcy zatrudnieni:** | **Wnioskodawcy, którzy nie są   zatrudnieni:** |
| Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) | 15% wkładu własnego | - brak udziału własnego, gdy przeciętny miesięczny dochód w gospodarstwie domowym nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.  - jeśli dochód przekracza kwotę 764 zł (netto) na osobę, kwota dofinansowania - max 3000 zł |
| Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) | 65% wkładu własnego | 50% wkładu własnego |

**Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia – do 1000 zł**

**Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony, nie więcej niż o:**

**700 zł -** w sytuacjach, które określi samorząd powiatowy, (ponoszenie dodatkowych kosztów kształcenia z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu - m.in. korzysta z usług asystenta osoby niepełnosprawnej)**,**

**500 zł -** w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,

**300 zł -** w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna posiada Kartę Dużej Rodziny,

**300 zł -** w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki,

**200 zł –** w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna studiuje w przyśpieszonym trybie,

**300 zł -** w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku, w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.

**300 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego.

**Wysokość faktycznie udzielonego dodatku jest uzależniona od poziomu nauki i postępów w nauce. W stosunku do wyliczonej dla danego Wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku (zgodnie z warunkami dot. jego zwiększenia), wysokość możliwej wypłaty wynosi:**

- do **50%** wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na **pierwszym roku** edukacji w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym a w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – do 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku,

-do **75%** wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnym, **drugim roku** danej formy edukacji na poziomie wyższym,

-do **100%** wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki w kolejnych latach (**od trzeciego roku**) danej formy edukacji na poziomie wyższym oraz **studenci studiów II stopnia** - przy czym uczestnicy studiów doktoranckich mogą otrzymać dodatek w kwocie maksymalnej na każdym etapie nauki**.**

**5. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
|  |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*** (*lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę,*  *która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich)* **na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**  ............................................................................................................................................................................................................................................... | |
| numer rachunku bankowego .........................................................................................................................................................................................  (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*  nazwa banku ...........................................................................................................................................................................................................................................  \* *lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby* | |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Prudnickiego   
    □ tak - □ nie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: www.powiatprudnicki.pl
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości …………………..% kwota …………..…….. wartości czesnego.
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
9. łączna ilość semestrów/półroczy pobieranej przeze mnie nauki finansowanej przez PFRON w ramach programów „STUDENT” i „STUDENT II” nie przekracza 20 semestrów półroczy.

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

|  |
| --- |
| ...................................... dnia ..... /....... /20..... r. ....................................................        **podpis Wnioskodawcy** |

**6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku)* |  |  |  |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku*) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.  ***Uwaga!*** *Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia* ***odrębny dokument*** *dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony* ***nie dotyczy*** *osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.* |  |  |  |
|  | W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu |  |  |  |
|  | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*). |  |  |  |
|  | W przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego - dokument potwierdzający korzystanie z usług tłumacza. |  |  |  |
|  | Dokument potwierdzający uczęszczanie na studia w przyspieszonym trybie |  |  |  |
|  | W przypadku, gdy Wnioskodawca został poszkodowany w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - dokument potwierdzony przez właściwą jednostkę, że takie wydarzenie miało miejsce. |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić) m.in.:  - Karta Dużej Rodziny  - dokumenty potwierdzające ponoszenie kosztów w związku z korzystaniem z usług asystenta osoby niepełnosprawnej,  -zaświadczenie z uczelni potwierdzające pobieranie nauki na 2(lub więcej) kierunkach studiów/nauki  Wymienić: ………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |

**Słownik**

**MODUŁ II : pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

**aktywności zawodowej** – należy przez to rozumieć:

* zatrudnienie, lub
* rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
* rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu,

okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności;

**dodatku na pokrycie kosztów kształcenia** - należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki wnioskodawcy związane z pobieraniem nauki

**gospodarstwie domowym wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

* **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub
* **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów;

**informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półrocza objętego dofinansowaniem** – należy przez to rozumieć każdą udokumentowaną informację potwierdzającą, że student pobierał naukę w semestrze objętym dofinansowaniem (np. wpis na kolejny semestr, w tym warunkowy, informacja o dopuszczeniu do sesji egzaminacyjnej, potwierdzenie zdania egzaminu w trakcie sesji egzaminacyjnej np. w formie oceny itp.) źródłem informacji może być np. indeks, wydruk z USOS potwierdzony przez uczelnię/szkołę, zaświadczenie uczelni/szkoły, itp.);

**Karcie Dużej Rodziny** – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2016 r., poz. 785) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;

**miejscu zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

**nauce w szkole wyższej** – należy przez to rozumieć naukę w następujących formach edukacji na poziomie wyższym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie (trzeciego stopnia) prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);

**opłacie za naukę (czesne)** – należy przez to rozumieć opłatę pobieraną za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umową dofinansowania; opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłatyzwiązanej z powtarzaniem określonych zajęć z powodu niezadowalających wyników w nauce, za zajęcia nieobjęte planem studiów, za inne niż filologia studia realizowane w języku obcym) ani innych opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia;

**osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:

* osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawieart. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r. poz. 1345), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), a także,
* osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję);

**półroczu/semestrze** – należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki, obejmujący zajęcia dydaktyczne i sesję egzaminacyjną;

**przerwie w nauce** **(w przypadku modułu II)** – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;

**spowolnienie toku studiów** - należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów/nauki lub indywidualny tok studiów/nauki, przyjęty na podstawie decyzji uczelni/szkoły, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego/szkolnego). O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów/nauki nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych;

**studiach w przyspieszonym trybie** – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów;

**szkole policealnej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, działającą zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz. 996, z późn. zm.);

**szkole wyższej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną uczelnię, w tym szkołę doktorską, działającą zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668, z późn. zm.) lub uczelnię zagraniczną, a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe;

**wymagalnych zobowiązaniach** – należy przez to rozumieć:

* w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
* w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

− wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;

**zatrudnieniu** – należy przez to rozumieć:

* stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
* stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
* działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336),
* działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.),
* zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
* staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
  i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.),

okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:........................................ – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | | | |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU | | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | - tak - nie | |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | - tak - nie | |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | - tak - nie | |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego | - tak - nie | |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | - tak - nie | |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | - tak - nie | |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ....................../ ......................../ 20.... r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  w zakresie pkt: ........................................................................... | | - tak - nie | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | | |

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ....../......./20... r

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**: **w ramach obszaru:........ negatywna**: **w ramach obszaru:..........** | | |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   * 1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,   2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,   3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,   4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | | |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** | | |
| MODUŁ II |  |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNE** | | |
| ...................20...... r. ............................ ...........................  data podpisy osób podejmujących decyzję | | |

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*