



**Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**

Program finansowany  
ze środków PFRON

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum  
Pomocy Rodzinie w Augustowie

w dniu: .....

Nr sprawy:.....

**Wypełnia Realizator programu**

**WNIOSEK - o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd” Moduł II**

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

**1. Informacje dotyczące wnioskodawcy**

Imię.....Nazwisko.....

PESEL

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:

☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ .....  
(pocztą)

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): .....

**2. Stan prawny dot. niepełnosprawności ( zgodnie z posiadanym orzeczeniem, dołączonym do wniosku)**

☐ 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

**3. Rodzaj niepełnosprawności****PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia dołączonego do wniosku (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>04-O</b> choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma; <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca; <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> <b>05-R</b> upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/> <b>08-T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>osoba głucha</b>	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.

☐ nie ☐ tak: ☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny niepełnosprawności

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ TAK ☐ NIE**4. Aktywność zawodowa**

<input type="checkbox"/> <b>niezatrudniona/y:</b> od dnia:..... <input type="checkbox"/> <b>zarejestrowany w PUP:</b> od dnia: ..... (miesiąc, rok) <input type="checkbox"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>	
<input type="checkbox"/> <b>zatrudniona/y:</b> od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> <b>na czas nieokreślony</b> <input type="checkbox"/> <b>inny, jaki:</b> .....	<b>Nazwa pracodawcy:</b> ..... <b>Adres miejsca pracy:</b> ..... ..... <b>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:</b> ..... .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b>  <b>Nr NIP:</b> .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... <b>Miejsce prowadzenia działalności :</b> .....
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>	<b>Miejsce prowadzenia działalności:</b> .....

**5. Zdobyte wykształcenie**

<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

## 6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie?		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Lp.	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Razem uzyskane dofinansowanie:		=

## 7. Informacje uzupełniające

## DANE RACHUNKU BANKOWEGO

numer rachunku bankowego

.....  
 imię i nazwisko właściciela rachunku .....

nazwa banku .....

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak ☐ nie ☐

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:**    tak ☐                      nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca z powodu niezadawalających wyników w nauce powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON tak ☐      nie ☐

Czy Wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/ uczelnię, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON:                      tak ☐                      nie ☐

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

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia: ☐ TAK ☐ NIE

*Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.*

**9. Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:**

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego
Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)		Data rozpoczęcia nauki/studiów.....
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Pełna nazwa szkoły: .....			
.....	.....	.....	.....
<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Kod pocztowy</b>
.....	.....	.....	.....
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr telefonu</b>	<b>Adres strony www</b>
.....	.....	.....	.....
<b>Wydział</b>		<b>Kierunek</b>	
.....	.....	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie</b>	<b>Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)</b>

10. Koszty nauki - Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr/ półrocze)			
Poszczególne szkoły i poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł *	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne) na kierunku:			
Opłata za naukę (czesne) na drugim kierunku:			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia			
<b>Wnioskuję o zwiększony dodatek:</b>			<b>Kwota wnioskowana (w zł)</b>
<input type="checkbox"/> z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania			
<input type="checkbox"/> z tytułu barier w poruszaniu się (potwierdzony zaświadczeniem lekarskim fakt poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego) lub z powodu barier w komunikowaniu się (potwierdzony zaświadczeniem lekarskim fakt, że jest się osobą głuchoniemą lub niewidomą lub głuchoniewidomą)			
<input type="checkbox"/> z tytułu posiadania aktualnej Karty Dużej Rodziny			
<input type="checkbox"/> z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/ nauki			
<input type="checkbox"/> z tytułu studiowania w przyspieszonym trybie			
<input type="checkbox"/> z tytułu poszkodowania w wyniku działań żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2018 lub 2019 roku			
<input type="checkbox"/> z tytułu korzystania z usług tłumacza języka migowego			
<b>Razem</b>			

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Augustowie ☐ **tak** - ☐ **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego, w przypadku otrzymania dofinansowania nie pokrywającego całości kosztów nauki na poziomie wyższym,
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
- zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe.

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**

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR W AUGUSTOWIE		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki ( <i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i> ) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <i>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 w załączniku nr 2 do wniosku 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.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych ( <i>sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> ) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie o otrzymanym dofinansowaniu ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku gdy Wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika: a) pełnomocnictwo poświadczone notarialnie, określające zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności, b) pisemne oświadczenie pełnomocnika ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do wniosku</i> ), iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y, oferujących/iej sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku Wnioskodawców, którzy posiadają bariery w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się - zaświadczenie lekarskie wystawione wg wzoru określonego w załączniku nr 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki ( <i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i> ) sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku otrzymywania dofinansowania na pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym z innych źródeł – dokumenty potwierdzające wysokość dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dokument potwierdzający posiadanie aktualnej Karty Dużej Rodziny (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Dokumenty potwierdzające, iż Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	