

Pieczęć PCPR z datą wpływu

Nr sprawy:
.....



Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK – część A wypełnia wnioskodawca w swoim imieniu

Moduł II – dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy czytelnie wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....
data urodzeniar. dowód osobisty seria numer
wydany przez w dniu
data ważności d. o
PESEL
Płeć: kobieta mężczyzna
Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)
(pobył stały)

Kod pocztowy -
Pocztą
Miejscowość
Ulica
Nr domu Nr m.
Powiat
Województwo
 miasto do 5 tys. mieszkańców
 inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
Pocztą.....
Miejscowość
Ulica
Nr domuNr m.
Powiat
Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.....nr tel. /nr tel. komórkowego.....
e-mail (o ile dotyczy):

W sytuacji osób z dysfunkcją narządu słuchu rodzaj kontaktu przez sms: tak nie

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> narząd ruchu 05-R	<input type="checkbox"/> narząd słuchu 03-L	<input type="checkbox"/> narząd wzroku 04-O
<input type="checkbox"/> epilepsja 06-E	<input type="checkbox"/> osoba głucha <small>Osoba niepełnosprawna z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim</small>	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma <small>Osoba niepełnosprawna, której ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0.05 według skali Snellena lub osobę z ograniczonym polem widzenia poniżej 20 stopni, niezależnie od zachowanej ostrości wzroku, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim</small>
<input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma – osoba niepełnosprawna, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim	
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona:		
<input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie:		

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y od dnia	
Zawód wykonywany:	
miejsce pracy (wraz z adresem i nr telefonu):	
<input type="checkbox"/> forma zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, staż zawodowy itp.)	
<input type="checkbox"/> nie zatrudniona/y od dnia	
zarejestrowana/y w PUP jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonano w urzędzie :
	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

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

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki 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:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
.....		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		
Czy Wnioskodawca w poprzednim roku szkolnym/akademickim zrezygnował z przyczyn własnych z otrzymanego dofinansowania: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Jeżeli tak należy podać przyczynę rezygnacji:		
.....		

Wnioskodawca otrzymał wcześniej (w poprzednich latach) **na podstawie innego wniosku**, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” **i/lub** programu „Aktywny Samorząd”:

tak nie

Jeżeli Wnioskodawca otrzymał wcześniej (w poprzednich latach), **na podstawie innego wniosku**, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT”, „STUDENT II”, i/lub „Aktywny Samorząd” jako forma kształcenia była dofinansowana (*można wskazać kilka odpowiedzi*)

<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 (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)

Oddział (Oddziały) PFRON/ Samorząd Powiatowy, który(e) przyznał(y) dofinansowanie:

.....

Łączna ilość semestrów w ramach, których została przyznana pomoc na kształcenie ze środków PFRON (dotyczy programów STUDENT, STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD-MODUŁ II)

.....

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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 (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)
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: tak nie

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie : tak nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak nie

Pełna nazwa szkoły:

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
Wydział	Kierunek nauki	Rok nauki	Semestr nauki

4. Wnioskowana kwota dofinansowania jednego półrocza :

Przez „półrocze” należy rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki w szkole, obejmujący zajęcia dydaktyczne, sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki; datą rozpoczęcia półrocza jest data rozpoczęcia danego semestru.

Koszty nauki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oплата za naukę (czesne):**			
Oплата za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
Razem			

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

Uwaga!

Należy zapoznać się z niniejszymi uwagami przed wpisaniem zakresu rzeczowego i finansowego wnioskowanego dofinansowania

- ⇒ Maksymalna wysokość dofinansowania, która może zostać przyznana przez PCPR ze środków PFRON jednemu Wnioskodawcy, w jednym półroczu, wskazana została w ust. 8 oraz ust. 10 dokumentu: „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2015 r.
- ⇒ Maksymalna wysokość dofinansowania, która może zostać przyznana przez PFRON dla osoby mającej wszczęty przewód doktorski, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich wskazana została w ust.

8 pkt.2 dokumentu: „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2015 r.

- ⇒ W ramach programu dofinansowane są koszty nauki w szkole poniesione przez Wnioskodawcę, dotyczące danego roku akademickiego /**półrocz**a objętego dofinansowaniem do daty zakończenia tego roku akademickiego.
- ⇒ Dofinansowaniem mogą zostać objęte koszty **czesnego** poniesione przez Wnioskodawcę przed datą rozpoczęcia półrocz
- ⇒ Osoby mające wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich mogą ubiegać się o przyznanie dofinansowania **wyłącznie** na pokrycie opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.
- ⇒ Dofinansowaniu mogą podlegać **wyłącznie** te koszty (te części kosztów), które nie zostały sfinansowane z innych źródeł tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych.

5. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania ?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub komunikowaniu się (w szczególności, pomoc asystenta osoby niepełnosprawnej, tłumacza migowego, itp.?) (Jeśli tak, proszę uzasadnić w osobnym załączniku)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca posiada aktualną ważną Kartę Dużej Rodziny?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak

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

nazwa banku

numer rachunku bankowego

(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

6. Uzasadnienie wniosku, wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu / Inne uwagi.

.....

.....

.....

.....

7. Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
			wypełnia Realizator	
1.	Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających stopień niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Uwaga! Wzór określony w załączniku nr 3 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych za rok kalendarzowy poprzedzający okres zasiłkowy podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, lub jeśli nie jest to możliwe dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę tych osób na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni- wystawiony przez pracodawcę dokument zawierający informację o zatrudnieniu, stosunku pracy, okresie trwania umowy lub kserokopia umowy zawartej z pracodawcą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku, odrębnie dla każdej osoby, której dane osobowe zostały przekazane do PFRON, np. w dokumentach potwierdzających uzyskiwane dochody).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inne załączniki (należy wymienić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Oświadczam, że:

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu szczycieńskiego:
 tak nie
- 2) Wnioskodawca oświadcza, iż łączny okres, podczas którego otrzymał pomoc ze środków PFRON na uzyskanie wykształcenia na poziomie wyższym **nie przekracza 20 semestrów**. Dotyczy programów STUDENT, STUDENT II, Aktywny Samorząd- Moduł II:
 tak nie
- 3) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) **w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie
- 7) posiadam środki na pokrycie wkładu własnego w wysokości 15 % kwoty czesnego (dotyczy Wnioskodawców zatrudnionych) tak nie
- 8) **zapoznałem(am) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym oraz przyjąłem (przyjęłam) do wiadomości, że tekst programu i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej PFRON: **www.pfron.org.pl**

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.

.....	.....r.
miejscowość	data
.....	
podpis Wnioskodawcy	

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie 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.

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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

data, podpis:

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia oraz ewentualne zwiększenia dodatku

Czesne koszt całkowity	..... zł	Dodatek	..... zł
Udział własny Wnioskodawcy (jeśli dotyczy) 15 %	..... zł	Ewentualne zwiększenia dodatku	..... zł
Czesne kwota przyznana ze środków PFRON	..... zł		..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: