

###### DATA WPŁYWU:

Nr sprawy:

PCPR-ON-MSu-4019/AS/II/.........../17

*Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu

„Aktywny samorząd”- MODUŁ II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

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. ważny do ......................r.  przez.........................................................................................................................Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne | | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES STAŁY)** - pobyt stałymiejscowość, 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 **(art. 25 KC)**  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 tele..................................  nr tel. komórkowego:.................................................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ............................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **PCPR**  - 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 | | |

**STRONA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU 05-R**  Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:  Wnioskodawca porusza się **wyłącznie** przy pomocy wózka inwalidzkiego: | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma** **osoba głuchoniewidoma** | | | | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **- OSOBA GŁUCHA**  - **OSOBA GŁUCHONIEMA** | | **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: od dnia:........................................... bezrobotna/y poszukująca/y pracy | | | | | | |
| zatrudniona/y: od dnia:........................ do dnia: ..........................................  na czas nieokreślony inny, jaki: ............................................................... | | | | Nazwa pracodawcy: ...............................................  ............................................................................... Adres miejsca pracy: | | |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  umowa cywilnoprawna  staż zawodowy | | | | ................................................................................  ................................................................................  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 | podyplomowe | inne, jakie: ...................  ……………………………… |
| wyższe Iº - licencjat/inżynier | wyższe IIº - magister | wyższe IIIº - doktor |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | STUDIA Iº - licencjat |
| STUDIA IIº - magister | STUDIA jednolite magisterskie | STUDIA     PODYPLOMOWE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | STUDIA DOKTORANCKIE | inne, jakie …………………………………  ………………………………………………… |

**STRONA 3**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON  w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | | | | | | tak nie | |
| Cel  (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc, w przypadku kosztów nauki podać rok akademicki/szkolny | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON, ile semestrów nauki dofinansowano) | 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:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ..................................................................... ................................................................................................................... Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**STRONA 4**

**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.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:** | | | | | | | | |
| nauka w szkole policealnej | | 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 j. obcych | | | nauka w wyższym seminarium duchownym | | | |
| 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 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** | | | **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** |

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki** | **Koszt (w zł)** | **Dofinansowanie (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Opłata za naukę (czesne): ...............................................\*\* |  |  |  |
| Opłata za naukę (czesne): ...............................................\*\* |  |  |  |
| Opłata 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*

*\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki*

**6. Informacje uzupełniające STRONA 5**

|  |  |
| --- | --- |
| 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. | nietak:2 przyczyny3 przyczyny niepełnosprawności |
| **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 ...........................................................................................*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*  nr rachunku bankowego..............................................................................................................................................................................................  \* *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 Włoszczowskiego **□ tak □ nie,**
2. nie ubiegam się i nie będę ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. 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,
4. 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.pcprwloszczowa.p](http://www.pcprwloszczowa.p)l
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. 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,
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. przyjmuje do wiadomości konieczność ewentualnego wniesienia wkładu własnego zgodnie z przyjętymi zasadami programu i posiadam środki finansowe na jego wniesienie

*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** |

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe **(wiersze 7-10)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa załącznika** | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
| Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  |  |  |
|  | Oświadczenie wraz z zaświadczeniami o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do wniosku)* za poprzedni kwartał |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 8 do wniosku*) 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 w załączniku nr 8 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.* |  |  |  |
|  | 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*). |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**STRONA 6**

**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 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 | - 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 (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | - tak - nie | |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | - 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 kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

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

**STRONA 7**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**: **negatywna**: | |
| **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):** | |
| **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: |
| ................................................... zł | ......................................................... zł |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | |
| ............................20...... r.  *data podpis osoby podejmującej decyzję* ............................................................ | |

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

*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

*pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

*data, podpis:*