

###### DATA WPŁYWU:

Nr sprawy:

PCPR-ON-MSu-4019/AS/II/.........../19

*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 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 nie dotyczy | | | | | | |
| 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 korzystał w latach ubiegłych ze środków PFRON w ramach TAK NIE

Programu STUDENT, STUDENT II lub Aktywny Samorząd – Moduł II?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa programu(Student, Student II, Aktywny samorząd – Moduł II) | **Poziom kształcenia**  *np. nauka w szkole policealnej, studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, studia, podyplomowe lub doktoranckie prowadzone w systemie dziennym lub wieczorowym, zaocznym, eksternistycznym, za pośrednictwem Internetu* | Rok i semestr nauki, który został dofinansowany |
| .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. | .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **Ilość dofinansowanych semestrów**: | |  |

**3. 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 wypełnić dla każdej szkoły, formy kształcenia (kierunku nauki) oddzielnie.*

| **1 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** | | |  | | |  |
| **2 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** | | |  | | |  |
| **3 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** | | | | | | | | | | | |

**STRONA 4**

| **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** |  |  |

**STRONA 5**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki na jednym kierunku** | **Koszt (w zł)** | **Dofinansowanie (stypendium)** **z innych niż PFRON źródeł\*** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Opłata za naukę (czesne): ...................................................... |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą niewidomą lub głuchą lub głuchoniemą lub głuchoniewidomą lub poruszającą się wyłącznie przy pomocy wózka inwalidzkiego, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności (dokument potwierdzający stan) |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku pobierania nauki poza miejscem zamieszkania |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny (aktualną/ważną) |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera jednocześnie naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki. |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (dokument potwierdzający zaistniałe zdarzenie) |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego |  |  |  |
| **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*

|  |
| --- |
| **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 6 6. 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**  ........................................................................................................................................................................................................................................... |
| 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 moje 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 7**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 8**

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:*