

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
 ☐ obu kończyn górnych
 ☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych
 ☐ jednej kończyny dolnej
 ☐ innym
 ☐ nie dotyczy

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
<input type="checkbox"/> nie dotyczy | Lewe oko:
Ostrość wzroku (w korekcji):
Zwężenie pola widzenia: stopni | Prawe oko:
Ostrość wzroku (w korekcji):
Zwężenie pola widzenia: stopni |
|--|--|---|

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

☐ nie dotyczy

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo – płciowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06- E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (Uwaga skrót „PUP” oznacza Powiatowy Urząd Pracy)

☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w PUP); ☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w PUP); data rejestracji w PUP

☐ poszukująca/y pracy – nie zarejestrowana/y w PUP, ☐ nieposzukująca/y pracy;

data zakończenia ostatniego zatrudnienia,

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia:
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | Nazwa pracodawcy:
Adres miejsca pracy:
.....
Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| <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 cywilno-prawna ,
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy | |

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	Przedmiot działalności (klasy PKD):
--	---

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:
--	---

Inne formy aktywności zawodowej (opisać)

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

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

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym składany jest wniosek o dofinansowanie ?			tak <input type="checkbox"/> ; nie <input type="checkbox"/>
Nazwa instytucji, która przyznała pomoc ze środków PFRON	Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent <small>(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)</small>	Wysokość otrzymanego dofinansowania
Razem wysokość otrzymanego dofinansowania:			
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! Termin wymagalnych zobowiązań został określony w ust.31 pkt 43 „Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 roku.			

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”, stronę wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

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 (III stopnia)	<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"/> przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi	<input type="checkbox"/> inna forma kształcenia, wskazać jaka:

Łączny okres trwania nauki w szkole.....(liczba wszystkich semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów
 (wpisać miesiąc i rok rozpoczęcia danej formy kształcenia)

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
			xxx
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak ; <input type="checkbox"/> nie	

Wnioskodawca posiada dysfunkcję narządu ruchu stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (symbol orzeczenia: 05-R), lub potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim dysfunkcję narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydanego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia: 10-N) lub całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol orzeczenia: 12-C)

☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca posiada dysfunkcję narządu wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (symbol orzeczenia: 04-O) , lub w przypadku gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydanego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, posiada potwierdzoną zaświadczeniem lekarza okulisty ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni.

☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca ma zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (symbol orzeczenia 03-L).

☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania: ☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny : ☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach kształcenia : ☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie : ☐ tak ; ☐ nie

Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego: ☐ **tak** ; ☐ **nie**

Jeżeli zaznaczono odpowiedź „tak”, proszę opisać:

Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w rozumieniu w ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd w 2019 roku

☐ **tak** ; ☐ **nie**

Jeżeli zaznaczono odpowiedź „tak”, proszę opisać:

Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP : ☐ **tak** ; ☐ **nie**

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na jedno półrocze/jeden semestr nauki)

Koszty dotyczące poszczególnych kierunków nauki	Koszt (w zł)	Wkład własny Wnioskodawcy ²⁾ (należy podać kwotę i źródło finansowania)	Koszty podlegające dofinansowaniu ze środków PFRON - (kol. 2-kol.3)	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON - wynikająca z postępów w nauce ³⁾
1	2	3	4	5
Opłata za naukę (czesne) pierwszy kierunek:				
Opłata za naukę (czesne) drugi kierunek:				
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 (nie wymagająca rozliczania kwota przeznaczona na wydatki związane z pobieraniem nauki) – do 1.000 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu dysfunkcji narządu ruchu (05-R), wzroku (04-O), głosu, mowy i choroby słuchu (03-L) - stanowiących podstawę wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub z powodów opisanych w Rozdziale III ust. 7, pkt 1 lit a i b Zasad Realizatora ¹⁾ – do 700 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu ponoszenia kosztów wynikających z pobierania nauki poza miejscem zamieszkania – do 500 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu posiadania aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny – do 300 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki – do 300 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu studiowania w przyspieszonym trybie – do 200 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu poszkodowania w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – do 300 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu korzystania z usług tłumacza języka migowego - do 300 zł		nie dotyczy		
Zwiększenie dodatku z powodu posiadania przez Wnioskodawcę podpisu elektronicznego/Profilu Zaufanego na platformie ePUAP i złożenia wniosku o dofinansowanie w formie elektronicznej w dedykowanym systemie przygotowanym przez PFRON – do 800 zł		nie dotyczy		
Razem koszty:				

Wyjaśnienia do tabeli:

1) Zasady Realizatora oznaczają „Zasady rozpatrywania i rozliczania w 2019 roku, wniosków dotyczących dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, kosztów nauki w ramach Modułu II pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym”, stanowiące załącznik do uchwały nr 11/19 Zarządu Powiatu w Staszowie z dnia 22 lutego 2019r.

2) Wkład własny wnioskodawcy obejmuje: środki własne Wnioskodawcy lub dofinansowanie (stypendium) z innych źródeł niż PFRON, np. środki pochodzące z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni, z funduszy strukturalnych lub środków pracodawcy, itp.

3) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON w kol. 5 musi uwzględniać wysokość dodatku na pokrycie kosztów kształcenia (oraz jego zwiększeń) wynikającą z postępów w nauce, zgodnie z ust. 15 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku.

5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

numer rachunku bankowego

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

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON do kosztów pobieranej nauki, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu **Powiatu Staszowskiego** ☐ tak ; ☐ nie,
- nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a odrębnym wnioskiem o dofinansowanie ze środków PFRON do kosztów pobieranej nauki, za pośrednictwem innego Realizatora (tj. na terenie innego samorządu powiatowego),
- informacje o 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 internetowym : www.pfron.org.pl,
- zapoznałam(em) się z przyjętymi przez Realizatora „Zasadami rozpatrywania i rozliczania w 2019 roku, wniosków dotyczących dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, kosztów nauki w ramach Modułu II pilotażowego programu Aktywny Samorząd- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst dokumentu jest dostępny pod adresem internetowym : www.staszowski.eu, zakładka „Aktywny Samorząd”,
- posiadam środki przeznaczone na udział własny (w przypadkach tego wymagających), stanowiące uzupełnienie wnioskowanych środków PFRON.
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania wnioskowanej pomocy finansowej 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, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak ; ☐ nie

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać (art. 79 Kodeksu Cywilnego).

..... dnia /..... /20..... r.

czytelny podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe składane przez Wnioskodawcę

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dolączone do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU WNIOSKODAWCY (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie o liczbie semestrów/półroczy dofinansowanych ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 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 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich - osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej uczelni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy- sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku. Oświadczenie składają wyłącznie osoby wnioskujące o dofinansowanie kosztów opłaty za naukę (czesne).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku Wnioskodawców wnioskujących o dofinansowanie kosztów czesnego lub dodatku na uiszczenie przewodu doktorskiego i zatrudnionych na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, stażu zawodowego w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - wystawione przez zakład pracy zaświadczenie o zatrudnieniu i dofinansowanych kosztach czesnego, sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku, lub wg wzoru określonego w załączniku nr 6a- dla osób realizujących przewód doktorski.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, z tytułu dysfunkcji narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia: 10-N) lub całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol orzeczenia: 12-C) – zaświadczenie lekarza specjalisty sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, z tytułu dysfunkcji narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale Wnioskodawca ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni - – zaświadczenie lekarza specjalisty sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 8 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny - Karta Dużej Rodziny lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	W przypadku wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, z tytułu poszkodowania w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- dokumenty, o których mowa w ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	W przypadku Wnioskodawców ubiegających się o refundację kosztów opłaconego czesnego za poprzedni semestr, ale w okresie trwania bieżącego roku szkolnego/ akademickiego: dowody księgowe potwierdzające opłacenie kosztów czesnego oraz zaświadczenie wystawione przez szkołę/uczelnię informujące o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półrocza objętego dofinansowaniem lub zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia, objęte planem/programem studiów/nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów
do wniosku :

.....
data, pieczętka imienna, i podpis pracownika Realizatora