



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Busku – Zdroju
Ul. Mickiewicza 27 28-100 Busko – Zdrój
tel. 41 378 84 58, 370 81 88
e-mail: centrum@centrumbusko.pl www.centrumbusko.pl

Wniosek złożono w PCPR w dniu
Nr sprawy.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez....., ważny do dniar.

Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

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 domunr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu

/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania
w ramach programu

- firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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 dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	

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

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

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<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

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	Adres miejsca pracy:
	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
Nr NIP:	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

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

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – Moduł II

STRONA 4

Wnioskodawca, w ramach danej formy kształcenia, zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr półroczne) objętym uprzednio dofinansowaniem

ze środków PFRON - tak - nie

(Jeśli „TAK” dodatek na pokrycie kosztów kształcenia nie przysługuje).

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:

<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 (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 - przez Internet

Pełna nazwa szkoły:

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

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne): (nazwa kierunku) lub przeprowadzenie przewodu doktorskiego		
Opłata za naukę (czesne): (nazwa kierunku)		
Opłata za naukę (czesne): (nazwa kierunku)		
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA	X	
Przysługujące zwiększenia dodatku: w sytuacjach, gdy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się	X	
gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania	X	
gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny	X	
gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/ nauki	X	
gdy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.	X	
gdy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie	X	
gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego	X	
Razem	X	

5. Informacje uzupełniające

Średnia ocen: W skali: <input type="checkbox"/> - (od 1 do 5), <input type="checkbox"/> - innej, jakiej	
<small>Przez średnią ocen należy rozumieć średnią wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (jako średnią arytmetyczną) na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny), którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń), w przypadku studiów pobierających naukę na pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia</small>	
Wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności z symbolem innym niż 05-R lub 04-O, a następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia są bariery w poruszaniu się (potwierdzone zaświadczeniem lekarskim lub odpowiednim dokumentem)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności i ponosi dodatkowe koszty w związku z korzystaniem z pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wnioskodawca posiada ważną Kartę Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<small>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).</small>	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 2 przyczyny <input type="checkbox"/> - 3 przyczyny niepełnosprawności
Dane Rachunku Bankowego Wnioskodawcy* na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku	
Numer rachunku bankowego	
<small>(dopuszcza się uzupełnienia tych danych po podjęciu o przyznaniu dofinansowania)</small>	
Nazwa banku	
<small>*lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby</small>	

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora.
- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Buskiego Tak Nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: centrumbusko.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- posiadam środki finansowe przeznaczone na udział własny nie dotyczy

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

6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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! 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku studiów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy SA 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"/>	
7.	Kserokopia ważnej Karty Dużej Rodziny (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokument potwierdzający status osoby poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	