



|  |   |
|--|---|
| Źródło, z jakiego pozyskano informacje o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - strona internetowa    - prasa, TV    - Realizator programu    - PFRON |
|  | - firma handlowa    - inne, jakie:.....                                 |

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|   |                     |                       |
|---|---------------------|-----------------------|
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub<br>całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | znaczny stopień     | I grupa<br>inwalidzka |
| całkowita niezdolność do pracy  | umiarkowany stopień | II grupa              |
| częściowa niezdolność do pracy  | lekki stopień       | III grupa             |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:    okresowo do dnia: .....    bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*)

|  |  |
|--|--|
| <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>  | <b>osoba głuchoniewidoma</b>                         |
| <b>osoba niewidoma</b><br>Lewe oko:<br>Ostrość wzroku (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni<br>Prawe oko:<br>Ostrość wzroku (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: .....stopni | <b>osoba głucha</b><br>Ubytek słuchu powyżej .....dB |

### NARZĄD RUCHU 05-R

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

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

nie zatrudniona/y: od dnia:..... Zarejestrowany w PUP jako:      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      na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,  
dokonanego w urzędzie: .....

Nr NIP: .....      inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza      Miejsce prowadzenia działalności: .....

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

|                |                  |            |
|----------------|------------------|------------|
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe         | inne, jakie:     |            |

### OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

|                    |                     |  |
|--------------------|---------------------|--|
| SZKOŁA POLICEALNA  | KOLEGIUM            | STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite studia magisterskie)                                  |
| STUDIA PODYPLOMOWE | STUDIA DOKTORANCKIE | WSZCZĘTY PRZEWÓD DOKTORSKI<br>(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |

STAŻ ZAWODOWY ZA GRANICĄ W RAMACH PROGRAMÓW UE

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....  
 Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....  
 Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**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 złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR/ MOPR/ODDZIAŁ PFRON? |   |  |                             |                    |                           |   | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------|---------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)   | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana<br>(w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy<br>(w zł) |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                     | .....   |                              |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>  |   |  |                             |                    |                           |   |                              |                              |

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Powiatu Grudziądzkiego: tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązania” rozumie się:

- a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym - wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
- b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
  - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
  - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem z terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

**3. Uzasadnienie wniosku** (wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu)

.....  
.....  
.....

STRONA 5

.....  
.....  
.....

**3.1. Uzasadnienie wniosku** (wskazujące na potrzebę zwiększenia dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z tytułu ponoszenia dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu lub komunikowaniu się)

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania**

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: |   |  |
|--|---|--|
| 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 języków obcych                | nauka w szkole policealnej   |
| nauka na uczelni zagranicznej  | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
| <b>Okres trwania nauki w szkole</b> .....(ile semestrów)                           | <b>Data rozpoczęcia nauki/studiów</b> .....                   |  |
| <b>Nauka odbywa się w systemie:</b>  | stacjonarnym  | niestacjonarnym      nie dotyczy   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:</b>                      | tak   | nie  |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>     | 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                          |                  |               |

STRONA 6

5. **Wnioskowana kwota dofinansowania na ..... półrocze** (wpisać które półrocze) **albo semestr (letni lub zimowy).....** (wpisać jaki semestr) **roku szkolnego/akademickiego 20..... /20.....**

W przypadku pobierania przez Wnioskodawcę nauki równocześnie w ramach kilku form kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia, poniższą tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły/kierunku nauki oddzielnie.

| Lp | 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) kierunek: .....   |              |  | zł ***                   |
|    | Opłata za naukę (czesne) kierunek: .....   |              |  | zł ***                   |
|    | Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |              |  |                          |
|    | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia  |              |  |                          |
|    | Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania   |              |  |                          |
|    | Zwiększenie dodatku z tytułu ponoszenia szczególnych kosztów z tytułu barier w poruszaniu się lub komunikowaniu  |              |  |                          |
|    | Zwiększenie dodatku dla posiadacza Karty Dużej Rodziny   |              |  |                          |
|    | Zwiększenie dodatku w przypadku pobierania nauki jednocześnie na dwóch kierunkach studiów/nauki  |              |  |                          |
|    | <b>Razem</b>   |              |  |                          |

\* 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

\*\*\* pomniejszona o udział własny w wysokości czesnego równy: **15%** wartości czesnego w przypadku **zatrudnionych** beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia (jednego kierunku), **65%** wartości czesnego w przypadku **zatrudnionych** beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek, warunek dotyczy drugiego i kolejnych kierunków kształcenia), z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia udziału własnego zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza **583 zł** (netto) na osobę.

## 6. Informacje uzupełniające

Przerwa w nauce – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki:

| Urlop dziekański w okresie od-do | Urlop zdrowotny w okresie od-do | Inny (jaki?)   | nie dotyczy |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------|-------------|
| .....<br>.....                   | .....<br>.....                  | .....<br>..... |             |

STRONA 7

## 7. 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

numer rachunku bankowego .....

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

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

### Oświadczam, że:

(w pkt. 1 i 6 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu grudziądzkiego i nie ubiegam się oraz nie będę się ubiegać odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego samorządu powiatowego:  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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpgrudziadz.pl](http://www.pcpgrudziadz.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,
- Po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określony w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyłem/łam warunki umowy (między innymi przez nieterminowe i nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadziłem/łam do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku:  
 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 uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - MODUŁ II 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 ..... /..... /2017 r.

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

STRONA 8

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika |  | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
|                  |  | 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 przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób 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 (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.<br><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku <b>nie dotyczy</b> osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Karta Dużej Rodziny (jeżeli dotyczy)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Dokument potwierdzający ilość posiadanych hektarów przeliczeniowych (jeżeli dotyczy)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Zobowiązanie informowania Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | Oświadczenie o łącznej ilości semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym (wsparcie udzielone w ramach programów PFRON) – załącznik nr 5 do wniosku  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |



|   |  |                          |                          |  |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 11.                                       | Oświadczenie o miejscu zamieszkania – zał. nr 6 do wniosku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Inne załączniki (należy wymienić):</b> |  |                          |                          |  |
| 12.                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 13.                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 14.                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 15.                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 16.                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 17.                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

STRONA 9

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINASOWANIE NR.....- wypełnia Realizator**

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

- 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,
- 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, ani nie byłem(-am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, inne,
- 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,
- 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 podjęcia decyzji / zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

*Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:*

*Data, pieczętki i podpisy pracowników przygotowujących i zawierających umowę dofinansowania:*

Data, pieczęćka i podpis Kierownika PCPR:

STRONA 10

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

| L.p.  | Warunki oceny formalnej  | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (właściwe zaznaczyć) | Uwagi (opinia negatywna wymaga uzasadnienia)              |
|---|--|--|---|
| 1.  | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania  | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie    |   |
| 2.  | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku   | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie    |   |
| 3.  | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie  | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie    |   |
| 4.  | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów  | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie    |   |
| 5.  | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosku i załącznikach) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie    |   |
| 6.  | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)   | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie    |   |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../...../.....r.   |  |  |   |
| Weryfikacja formalna wniosku: <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna |  |  |   |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt. ....                                      |  |  | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

|  |   |
|--|---|
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia                         | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej | ...../...../.....r.                                       |

*pieczętka imienna, pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis: \_\_\_\_\_

*pieczętka imienna kierownika PCPR*

data, podpis: \_\_\_\_\_

STRONA 11

|   |
|---|
| <b>DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON MODUŁU II</b><br><input type="checkbox"/> <b>POZYTYWNA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEGATYWNA</b> |
|---|

**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 ani nie byłem(am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, inne,
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 podjęcia decyzji / zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

**WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA NA PÓLROCZE (W ZŁ)**

| Rodzaje kosztów                                    | Przyznana kwota |
|--|-----------------|
| Koszty opłaty za naukę (czesne)                    | .....           |
| Koszty opłaty za naukę (czesne) – dot. II kierunku | .....           |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia            | .....           |

|  |       |
|--|-------|
| Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich | ..... |
| <b>Łączna kwota przyznana na półrocze:</b> .....zł<br>słownie złotych:.....  |       |
| Uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej:.....<br>.....<br>.....  |       |
| Data ..... Podpis osoby podejmującej decyzję.....  |       |

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

*pieczęćka imienna, pracownika PCPR  
przygotowującego umowę*

*data, podpis:* \_\_\_\_\_

*pieczęćka imienna kierownika PCPR*

*data, podpis:* \_\_\_\_\_