

wniosek złożono w Miejskim Ośrodku
Pomocy Rodzinie w Poznaniu

nr sprawy:

MOPR–VII.405303.....2017

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

w dniu

WNIOSEK**o refundację/dofinansowanie kosztów uzyskania wykształcenia ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 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.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE	
imię..... nazwisko.....	
data urodzenia r. miejsce urodzenia	
obywatelstwo	
płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
ADRES ZAMIESZKANIA	KONTAKT TELEFONICZNY
ulica	nr kierunkowy
nr budynku nr lokalu	nr telefonu stacjonarnego
kod pocztowy	nr tel. komórkowego
miescowość	
powiat	E-MAIL
województwo .....	.....
ADRES KORESPONDECYJNY (należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)
ulica	ulica
nr budynku nr lokalu	nr budynku nr lokalu
kod pocztowy	kod pocztowy
miescowość	miescowość
powiat	powiat
województwo	województwo
ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU	
<input type="checkbox"/> firma handlowa <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> MOPR <input type="checkbox"/> PFRON <input type="checkbox"/> inne (jakie):	

CECHY DOWODU OSOBISTEGO

seria numer wydany dnia r.
 przez
 ważny do dnia r. nr PESEL _ _ _ _ _

CECHY PASZPORU

(należy wypełnić wyłącznie w przypadku braku dowodu osobistego)

seria numer wydany dnia r.
 przez
 ważny do dnia r. nr PESEL _ _ _ _ _

CECHY KARTY DUŻEJ RODZINY

wnioskodawca posiada ważną (aktualną) Kartę Dużej Rodziny ¹:

- nie
 tak, wydaną na czas: określony: ważna od dnia r. do dnia r.
 nieokreślony

nr karty _ _ _ _ _

nazwa organu wydającego:

¹ Karta Dużej Rodziny – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2016 r., poz. 785) 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

DANE RACHUNKU BANKOWEGO

nr rachunku bankowego wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

.....
 nazwa banku

numer rachunku bankowego szkoły/uczelni (należy wypełnić wyłącznie w przypadku konieczności przekazania przez MOPR przyznanego dofinansowania na czesne na konto szkoły/uczelni):

.....
 nazwa banku

INFORMACJA O GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY

wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe ²:

- samodzielne
 wspólne

² gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

- wspólne gospodarstwo – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,
- samodzielne gospodarstwo – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów

wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu ³ (netto) w gospodarstwie domowym wynosi: zł,
 tj. zł na osobę

³ należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2015 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2016 r. - M.P. 2016 poz. 932), według wzoru: $[(1.975 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$

uwaga: dochody z różnych źródeł sumują się

* informacja musi być spójna z danymi zamieszczonymi przez wnioskodawcę w zał. nr 2 do niniejszego wniosku

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK	
wnioskodawca posiada następujący stopień niepełnosprawności (należy zaznaczyć jedną z możliwości zgodnie z posiadaniem orzeczeniem o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności
	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy
	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
okres ważności orzeczenia:	<input type="checkbox"/> okresowo do: r. <input type="checkbox"/> bezterminowo
niepełnosprawność istnieje od:	<input type="checkbox"/> urodzenia <input type="checkbox"/> od : r.
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
u wnioskodawcy występuje następująca/e przyczyna/y wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (niepełnosprawność ta musi być potwierdzona w posiadany orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> 05-R - narząd ruchu <input type="checkbox"/> 04-0 - narząd wzroku <input type="checkbox"/> 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 01-U - upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 10-N - choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 09-M - choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 02-P - choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 06-E - epilepsja <input type="checkbox"/> 08-T - choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe <input type="checkbox"/> 11-I - inne <input type="checkbox"/> w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności
u wnioskodawcy występuje niepełnosprawność sprzężona, tj. więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (niepełnosprawność ta musi być potwierdzona w posiadany orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny
u wnioskodawcy występuje dysfunkcja upoważniająca do ubiegania się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia (dysfunkcja ta nie musi wynikać z posiadany orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, ale winna zostać potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z wymaganym wzorem - zał. nr 6 do wniosku):	<input type="checkbox"/> osoba głucha ⁴ <input type="checkbox"/> osoba niewidoma ⁵ <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> żadna z ww. dysfunkcji nie występuje
⁴ osoba głucha – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu w powyżej 70 decybeli (dB) w obu uszach ⁵ osoba niewidoma – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężone pola widzenia do 20 stopni	

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y

zarejestrowana/y w PUP jako:

- bezrobotny
 poszukujący pracy

zatrudniona/y:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę
 na podstawie umowy cywilnoprawnej
 inna forma zatrudnienia (jaka):

zatrudnienie na czas (okresy zatrudnienia w ramach ww. sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia):

- określony: od dnia r. do dnia r.
 nieokreślony: od dnia r.

nazwa, adres i nr telefonu siedziby pracodawcy:

nazwa, adres i nr telefonu miejsca wykonywania pracy (należy wypełnić w przypadku wykonywania pracy poza siedzibą pracodawcy):

staż zawodowy ⁶

działalność gospodarcza ⁷

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie

 nr z dnia r.

nr NIP ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

nr REGON ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

nazwa, adres i nr telefonu siedziby:

działalność rolnicza ⁸

miejsce prowadzenia działalności

⁶ staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. zm.)

⁷ działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1829)

⁸ działalność rolnicza w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2016 r. poz. 277)

INFORMACJA DOTYCZĄCA POMOCY FINANSOWEJ OTRZYMANEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ZE ŚRODKÓW PFRON NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA

1. W poprzednich semestrach/półroczach/latach szkolnych/akademickich otrzymałam/em pomoc finansową ze środków PFRON na pokrycie kosztów kształcenia: nie tak

Jeżeli w punkcie 1 wskazano odpowiedź „tak” należy wypełnić również punkty 2-4.

2. W poprzednich semestrach/półroczach/latach szkolnych/akademickich otrzymałam/em pomoc finansową ze środków PFRON na pokrycie kosztów kształcenia na następującym/ch kierunku/ch nauki:

nazwa dofinansowanego kierunku nauki (wraz z ewentualną specjalnością)	pełna nazwa siedziby szkoły/uczelni oraz - w przypadku pobierania nauki poza siedzibą szkoły/uczelni – nazwa jej filii/oddziału	nazwa wydziału	system nauki	forma kształcenia	program, z którego przyznano pomoc finansową	objęte dotychczas pomocą finansową:		nazwa Oddziału PFRON lub Samorządu powiatowego przyznającego dofinansowanie	
						rok/lata nauki	semestr/y /półrocze/a nauki		
pierwszy kierunek:			<input type="checkbox"/> stacjonarny (dzienny) <input type="checkbox"/> niestacjonarny, tj.: <input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny	<input type="checkbox"/> szkoła policealna <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi <input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej <input type="checkbox"/> inna (jaka):	<input type="checkbox"/> Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Aktywny Samorząd – Moduł II	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
drugi kierunek:			<input type="checkbox"/> stacjonarny (dzienny) <input type="checkbox"/> niestacjonarny, tj.: <input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny	<input type="checkbox"/> szkoła policealna <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi <input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej <input type="checkbox"/> inna (jaka):	<input type="checkbox"/> Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Aktywny Samorząd – Moduł II	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
trzeci kierunek:			<input type="checkbox"/> stacjonarny (dzienny) <input type="checkbox"/> niestacjonarny, tj.: <input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny	<input type="checkbox"/> szkoła policealna <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi <input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej <input type="checkbox"/> inna (jaka):	<input type="checkbox"/> Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Aktywny Samorząd – Moduł II	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
łącna ilość semestrów/półroczy objętych wsparciem finansowym ze środków PFRON:									X

3. **Powtarzałam/em/powtarzam semestr/półrocze/rok nauki**, który/e został/o objęty/e pomocą finansową ze środków PFRON:

a. nie dotyczy

b. **tak, powtarzałam/em** / **tak, powtarzam** następujący/e semestr/półrocze/a/rok nauki:

– **pierwszy kierunek** (należy podać nazwę kierunku):

.....
nazwa szkoły/uczelni:

wydział:

forma kształcenia:

powtarzany rok nauki: 1 2 3 4 5 6

powtarzany semestr/półrocze nauki: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadowolające wyniki w nauce):

.....

powtarzany semestr/półrocze /rok nauki był/o dwukrotnie dofinansowany/e ze środków PFRON: nie tak
niniejszym wnioskiem ubiegam się o ponowne objęcie pomocą finansową semestru/półrocza / roku szkolnego/
akademickiego ze środków PFRON: nie tak

– **drugi kierunek** (należy podać nazwę kierunku):

.....
nazwa szkoły/uczelni:

wydział:

forma kształcenia:

powtarzany rok nauki: 1 2 3 4 5 6

powtarzany semestr/półrocze nauki: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

powód powtarzania semestru/półrocza /roku nauki (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadowolające wyniki w nauce):

.....

powtarzany semestr/półrocze/rok nauki był/o dwukrotnie dofinansowany/e ze środków PFRON: nie tak
niniejszym wnioskiem ubiegam się o ponowne objęcie pomocą finansową semestru/półrocza / roku szkolnego/
akademickiego ze środków PFRON: nie tak

4. **Przerwałam/em naukę** (dotyczy sytuacji, gdy przerwano naukę i nie kontynuowano jej po przerwie – zaniechanie nauki przed ukończeniem edukacji w ramach danej formy kształcenia na określonym kierunku), która została objęta pomocą finansową ze środków PFRON:

a. nie dotyczy

b. **tak, na kierunku** (należy podać nazwę kierunku):

.....

nazwa szkoły/uczelni:

wydział:

forma kształcenia:

rok nauki w trakcie którego/po którym nastąpiło jej przerwanie: 1 2 3 4 5 6

semestr/półrocze nauki w trakcie którego/po którym nastąpiło jej przerwanie: 1 2 3 4 5 6
 7 8 9 10 11 12

powód przerwania nauki (np. znaczne pogorszenie stanu zdrowia, likwidacja kierunku, niezadowolające wyniki w nauce):

.....

.....

UWAGA: wnioskodawca, który ubiega się o refundację/odfinansowanie na pokrycie kosztów nauki w ramach dwóch (lub więcej) form kształcenia lub na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki wypełnia stronę 8 wniosku osobno dla każdej/ego z nich

INFORMACJE O NAUCE POBIERANEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, KTÓRA MA ZOSTAĆ ZREFUNDOWANA/DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

pełna nazwa szkoły/uczelni (siedziby/centrali)

ulica nr budynku nr lokalu

kod pocztowy miejscowość

pełna nazwa wydziału/filii/oddziału uczelni/szkoły (należy wypełnić w przypadku pobierania nauki poza siedzibą/centralą szkoły/uczelni):

ulica nr budynku nr lokalu

kod pocztowy miejscowość

wydział

kierunek nauki

specjalność

rok nauki semestr/półrocze nauki

wnioskodawca pobiera naukę w ramach następującej **formy kształcenia:**

- szkoła policealna
- studia pierwszego stopnia
- studia drugiego stopnia
- jednolite studia magisterskie
- studia podyplomowe
- studia doktoranckie
- kolegium pracowników służb społecznych
- kolegium nauczycielskie
- nauczycielskie kolegium języków obcych
- przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi
- nauka na uczelni zagranicznej
- inna (jaka):

nauka odbywa się w systemie:

- stacjonarnym (dziennym)
- niestacjonarnym: zaocznym wieczorowym eksternistycznym

okres trwania nauki w szkole – całkowita ilość semestrów/półroczy w toku nauki:

data rozpoczęcia nauki (miesiąc, rok): r.

wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania (Miastem Poznań): tak nie

wnioskodawca pobiera naukę w ramach dwóch (lub więcej) form kształcenia lub na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki: tak nie

wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: tak nie

wnioskodawca korzysta obecnie z przerwy w nauce (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny): tak nie

WNISKOWANA KWOTA REFUNDACJI/DOFINANSOWANIA (NA PÓLROCZE)					
SEMESTR (odpowiednie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> PIERWSZY/ZIMOWY <input type="checkbox"/> DRUGI/LETNI ROKU SZKOLNEGO/AKADEMICKIEGO 20...../ 20.....					
koszty nauki	pomoc finansowa na opłatę za naukę z innych źródeł ¹⁰ niż środki PFRON (w zł)	informacja o maksymalnej kwocie wsparcia finansowego	maksymalna kwota dodatku (w zł)	weryfikacja kwoty dodatku (%)	wnioskowana kwota wsparcia finansowego (w zł)
opłata za naukę (czesne) – pierwszy kierunek (należy podać nazwę kierunku): całkowity koszt czesnego na semestr/półrocze (zł):	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w wysokości:	osoba niezatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 100% całkowitego kosztu czesnego	X	X	.....
		osoba niezatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – do 3000 zł			.....
		osoba zatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 100% całkowitego kosztu czesnego			.....
		osoba zatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – całkowity koszt czesnego -15% ¹³ , ale nie więcej niż 3000 zł			.....
opłata za naukę (czesne) – drugi kierunek (należy podać nazwę kierunku): całkowity koszt czesnego na semestr/półrocze (zł):	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w wysokości:	osoba niezatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 50% całkowitego kosztu czesnego	X	X	.....
		osoba niezatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – do 50% całkowitego kosztu czesnego, ale nie więcej niż 1500 zł			.....
		osoba zatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 50% całkowitego kosztu czesnego			.....
		osoba zatrudniona ¹¹ , której przeciętny miesięczny dochód ¹² przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – całkowity koszt czesnego - 65% ¹³ , ale nie więcej niż 1500 zł			.....
zmniejszenie kwoty refundacji/dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne), w przypadku, gdy wnioskodawca po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w zakresie danej formy edukacji na poziomie wyższym, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym ¹⁴					<input type="checkbox"/> – 300 zł <input type="checkbox"/> nie dotyczy
dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego otwartego poza studiami doktoranckimi całkowity koszt czesnego na semestr/półrocze (zł):	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w wysokości:	do 4000 zł	X	X	X
dodatek na pokrycie kosztów kształcenia		do 1000 zł	.....	weryfikacja wysokości dodatku w odniesieniu do postępów wnioskodawcy w nauce:	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą głuchą, niewidomą lub poruszającą się za pomocą wózka inwalidzkiego		do 700 zł	<input type="checkbox"/> do 25% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na I roku	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania		do 500 zł	<input type="checkbox"/> do 50% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na II roku lub w przypadku pobierania nauki w ramach formy kształcenia trwającej jeden rok	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny		do 300 zł	<input type="checkbox"/> do 75% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na III roku	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki		do 300 zł	<input type="checkbox"/> do 100% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnych latach (od IV roku) oraz na studiach drugiego stopnia i na studiach doktoranckich na każdym etapie nauki	.....
kwota łącznie:	X	X	.....	X	.....

- ¹⁰ tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz funduszy strukturalnych lub środków pracodawcy
- ¹¹ przez zatrudnienie należy rozumieć:
- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
 - stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
 - działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2016 r. poz. 277),
 - działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1829),
 - zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
 - staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. zm.)
- okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia
- ¹² przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2015 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2016 r. - M.P. 2016 poz. 932), według wzoru: $[(1.975 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$
- ¹³ wymagany udział własny wnioskodawcy w zakresie kosztów czesnego:
- 15% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych wnioskodawców, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),
 - 65% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych wnioskodawców, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków),
- z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia ww. udziału własnego zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość jego przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę
- ¹⁴ zmniejszenie kwoty refundacji/dofinansowania na czesne nie obowiązuje w przypadku, gdy wnioskodawca:
- ubiega się o refundację/dofinansowanie semestru/półroczna danej formy edukacji na poziomie wyższym, jaki dotychczas nie był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON,
 - albo
 - jednocześnie pobiera naukę na dwóch kierunkach w ramach tej samej formy edukacji na poziomie wyższym

UZASADNIENIE WNIOSKU

(należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem refundacji/dofinansowania z możliwością realizacji celów programu ¹⁵ Aktywny Samorząd)

¹⁵ cele programu Aktywny Samorząd:

- Celem głównym programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.
- Cele szczegółowe programu:
 - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego,
 - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,
 - umożliwianie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie,
 - poprawa szans beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji,
 - wzrost kompetencji osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pracowników lub pracujących na rzecz jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowych.

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ LUB OSOBE PEŁNOLETNIĄ NIEPOSIADAJĄCĄ PEŁNEJ ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH (PEŁNOMOCNIK USTANOWIONY NA PODSTAWIE PEŁNOMOCNICTWA POŚWIADCZONEGO NOTARIALNIE, OPIEKUN PRAWNY)

DANE PERSONALNE	
imię..... nazwisko.....	
data urodzenia r. miejsce urodzenia	
wyżej wymieniona osoba jest dla wnioskodawcy:	
<input type="checkbox"/> opiekunem prawnym ustanowionym postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia r. sygn. akt	
<input type="checkbox"/> pełnomocnikiem ustanowionym na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia r. sygn. akt	
ADRES ZAMIESZKANIA	ADRES KORESPONDENCYJNY <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
ulica	ulica
nr budynku nr lokalu	nr budynku nr lokalu
kod pocztowy	kod pocztowy
miescowość	miescowość
powiat	powiat
województwo	województwo
KONTAKT TELEFONICZNY	
nr kierunkowy nr telefonu stacjonarnego nr tel. komórkowego	
E-MAIL	
.....	
CECHY DOWODU OSOBISTEGO	
seria numer wydany dnia r.	
przez	
ważny do dnia r. nr PESEL _ _ _ _ _	
CECHY PASZPORU <i>(należy wypełnić wyłącznie w przypadku braku dowodu osobistego)</i>	
numer wydany dnia r.	
przez	
ważny do dnia r. nr PESEL _ _ _ _ _	

..... dnia

(miescowość)

(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/osoby reprezentującej wnioskodawcę)

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora programu Aktywny Samorząd (na terenie innego Samorządu powiatowego),
2. 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,
3. zapoznałem/am się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu Aktywny Samorząd, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/ęłam do wiadomości, że tekst programu Aktywny Samorząd i procedury jego realizacji są dostępne pod adresem: www.pfron.org.pl,
4. 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,
5. o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się do powiadomienia MOPR w ciągu 14 dni od ich wystąpienia,
6. byłem/am nie byłem/am (odpowiednie zaznaczyć) stroną umowy zawartej z MOPR lub PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
7. posiadam środki na wniesienie wymaganego udziału własnego: tak nie nie dotyczy (odpowiednie zaznaczyć) kosztów czesnego.

....., dnia
 (miejscowość) (data) (czytelny podpis wnioskodawcy/osoby reprezentującej wnioskodawcę)

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

o refundację / dofinansowanie kosztów uzyskania wykształcenia ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd, Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

imię i nazwisko wnioskodawcy

przyjęto dnia

.....
(podpis i pieczęćka imienna pracownika MOPR)

Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia pracownik MOPR):

lp.	nazwa załącznika	dostarczone załączniki	brakujące załączniki*	uzupełnić do dnia	uzupełniono dnia
1	orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	aktualny dowód osobisty – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki - <u>zał. nr 1</u> , a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego <i>w przypadku, gdy wnioskodawca ubiega się o refundację/dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki w ramach dwóch (lub więcej) form kształcenia lub na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki przedstawia odrębny dokument dla każdej/ego z nich</i> <i>zał. nr 1 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.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	oświadczenie o wysokości dochodów – <u>zał. nr 2</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – <u>zał. nr 3</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	oświadczenie o miejscu zamieszkania – <u>zał. nr 4</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	zaświadczenie o zatrudnieniu – <u>zał. nr 5</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	dokument potwierdzający prowadzenie działalności rolniczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	zaświadczenie lekarskie – <u>zał. nr 6</u> (dotyczy wyłącznie osób głuchych, niewidomych i poruszających się na wózkach inwalidzkich, które ubiegają się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Karta Rodziny Dużej lub inny dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej - kserokopia wraz z oryginałem do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	dokument stanowiący pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	aktualny dowód osobisty pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	oświadczenie pełnomocnika – <u>zał. nr 7</u>	<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"/>		
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* podstawa prawna: §12 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (tekst jednolity Dz.U. z dnia 30 czerwca 2015 r., poz. 926 z późn. zm.)..

UWAGA: w przypadku przedstawienia dokumentów w języku innym niż polski należy przedłożyć również tłumaczenie tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. MOPR i PFRON nie refundują tłumaczenia tych dokumentów.

Przyjmuję do wiadomości informację, że niedostarczenie wyżej wymienionych zaznaczonych brakujących załączników w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)