


<p>wniosek złożono w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Poznaniu</p> <p>w dniu .....</p>	<p>nr sprawy:</p> <p><b>MOPR-VII.405303.....2018</b></p>	 <p>Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</p>
--	--	---

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

**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 <sup>1</sup>:

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

nr karty \_ \_ \_ \_ \_

nazwa organu wydającego: .....

<sup>1</sup> 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 <sup>2</sup>:

- samodzielne  
 wspólne

<sup>2</sup> 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 oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,  
 przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów

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

<sup>3</sup> 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 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: [(2.577 zł x liczba hektarów)/12]/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 <b>stopień niepełnosprawności</b> (należy zaznaczyć jedną z możliwości zgodnie z posiadanym 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
<b>okres ważności orzeczenia:</b>	<input type="checkbox"/> okresowo do: ..... r. <input type="checkbox"/> bezterminowo
<b>niepełnosprawność istnieje od:</b>	<input type="checkbox"/> urodzenia <input type="checkbox"/> od : ..... r.
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
u wnioskodawcy występuje następująca/e <b>przyczyna/y wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności</b> (niepełnosprawność ta musi być potwierdzona w posiadanym 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 <b>niepełnosprawność sprzężona, tj. więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności</b> (niepełnosprawność ta musi być potwierdzona w posiadanym 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 <b>dysfunkcja upoważniająca do ubiegania się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia</b> (dysfunkcja ta nie musi wynikać z posiadanego 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 <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> żadna z ww. dysfunkcji nie występuje
<sup>4</sup> osoba głucha – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu w powyżej 70 decybeli (dB) w obu uszach <sup>5</sup> 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 Powiatowym Urzędzie Pracy 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 <sup>6</sup> działalność gospodarcza <sup>7</sup>

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanej w urzędzie .....

nr ..... z dnia ..... r.

nr NIP \_\_\_\_\_ nr REGON \_\_\_\_\_

nazwa, adres i nr telefonu siedziby: .....

 działalność rolnicza <sup>8</sup>

miejsce prowadzenia działalności .....

<sup>6</sup> staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065, z późn. zm.)<sup>7</sup> działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168)<sup>8</sup> działalność rolnicza w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336)INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY BĘDĄCEGO OSOBĄ POSZKODOWANĄ W 2017 LUB 2018 ROKU W WYNIKU DZIAŁANIA ŻYWIÓŁU LUB INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH <sup>9</sup>wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych <sup>9</sup>: nie tak, tj.: .....<sup>9</sup> osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

- osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiorów obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2016 r. poz. 1067), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także,
- osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

## 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		
<b>pierwszy kierunek:</b>			<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		
<b>drugi kierunek:</b>			<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		
<b>trzeci kierunek:</b>			<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		
<b>łącznie ilość semestrów/półroczy objętych wsparciem finansowym ze środków PFRON:</b>									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): .....

.....

.....

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POMOCY FINANSOWEJ OTRZYMANEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ZE ŚRODKÓW PFRON NA INNE CELE NIŻ POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA**

1. Wnioskodawca lub jego podopieczny otrzymał wsparcie ze środków PFRON (w tym również udzielone poprzez MOPR lub inny Samorząd powiatowy) w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony niniejszy wniosek, na inny cel niż refundacja/dofinansowanie kosztów nauki:

- nie  
 tak

**Jeżeli w punkcie 1 wskazano odpowiedź „tak”, proszę wypełnić poniższą tabelę.**

2. Pomoc finansowa ze środków PFRON w została udzielona w następującym zakresie:

nazwa programu i/lub zadania w ramach którego udzielono wsparcia	nazwa instytucji udzielającej wsparcia	przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent pomocy (imię i nazwisko osoby, której udzielono pomocy finansowej)	numer i data zawarcia umowy	data rozliczenia	kwota przyznana (w zł)	kwota rozliczona przez instytucję udzielającą wsparcia (w zł)
<b>razem:</b>						.....	.....

**WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA <sup>10</sup> WOBEC PFRON LUB REALIZATORÓW PROGRAMU AKTYWNY SAMORZĄD**

wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania <sup>10</sup> wobec PFRON:

tak  nie

wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania <sup>10</sup> wobec MOPR lub innego Realizatora programu Aktywny Samorząd:

tak  nie

jeżeli powyżej zaznaczono „tak” należy podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania (w zł) oraz nazwę Oddziału PFRON lub Realizatora programu Aktywny Samorząd, wobec którego wnioskodawca posiada zobowiązanie:

.....

.....

.....

<sup>10</sup> przez wymagalne zobowiązania należy rozumieć:

- 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 terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
  - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

**UWAGA:** wnioskodawca, który ubiega się o refundację/finansowanie 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:	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	wnioskodawca <b>pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	wnioskodawca <b>studiuje w trybie przyspieszonym</b> <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	wnioskodawca <b>studiuje w trybie spowolnionym</b> <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	wnioskodawca <b>korzysta obecnie z przerwy w nauce</b> (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	wnioskodawca <b>pobiera naukę poza miejscem zamieszkania (Miastem Poznań):</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

nauka odbywa się w systemie:	<input type="checkbox"/> stacjonarnym (dziennym)
	<input type="checkbox"/> niestacjonarnym: <input type="checkbox"/> zaocznym <input type="checkbox"/> wieczorowym <input type="checkbox"/> eksternistycznym

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

data rozpoczęcia nauki (miesiąc, rok): ..... r.

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

<sup>11</sup> studia w przyspieszonym trybie – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów. Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 roku w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, warunki odbywania ww. studiów określają regulaminy studiów

<sup>12</sup> spowolnienie toku studiów - należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego). Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 roku w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, warunki odbywania studiów określają regulaminy studiów. O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych



WNOSKOWANA 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 <sup>13</sup> 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 <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 100% całkowitego kosztu czesnego	X	X	.....
		osoba niezatrudniona <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – do 3000 zł			.....
		osoba zatrudniona <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 100% całkowitego kosztu czesnego			.....
		osoba zatrudniona <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – całkowity koszt czesnego -15% <sup>16</sup> , 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 <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 50% całkowitego kosztu czesnego	X	X	.....
		osoba niezatrudniona <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – do 50% całkowitego kosztu czesnego, ale nie więcej niż 1500 zł			.....
		osoba zatrudniona <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> nie przekroczył kwoty 583 zł (netto) na osobę – do 50% całkowitego kosztu czesnego			.....
		osoba zatrudniona <sup>14</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>15</sup> przekroczył kwotę 583 zł (netto) na osobę – całkowity koszt czesnego - 65% <sup>16</sup> , ale nie więcej niż 1500 zł			.....
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 (odpowiedni % kwoty- sumy obliczonej w kolumnie poprzedniej) w odniesieniu do postępów wnioskodawcy w nauce: <input type="checkbox"/> do 50% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na I roku <input type="checkbox"/> do 75% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnym - II roku lub w przypadku pobierania nauki w ramach formy kształcenia trwającej jeden rok <input type="checkbox"/> do 100% maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnych latach (od III roku) oraz na studiach drugiego stopnia i na studiach doktoranckich na każdym etapie nauki	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą głuchą, niewidomą lub poruszającą się za pomocą wózka inwalidzkiego		do 700 zł	.....		
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania		do 500 zł	.....		
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny		do 300 zł	.....		
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie <sup>17</sup>		do 300 zł	.....		
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		do 300 zł	.....		
<b>kwota łącznie:</b>		X	.....	X	.....

- 13 tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz funduszy strukturalnych lub środków pracodawcy
- 14 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 2017 r., poz. 2336),
  - działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168),
  - 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 2017 r., poz. 1065, 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
- 15 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 2017 r., poz. 1952), 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 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru:  $[(2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$
- 16 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
- 17 studia w przyspieszonym trybie – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów. Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 roku w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, warunki odbywania ww. studiów określają regulaminy studiów

### UZASADNIENIE WNIOSKU

(należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem refundacji/dofinansowania z możliwością realizacji celów programu <sup>18</sup> Aktywny Samorząd)

#### <sup>18</sup> 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.

**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](http://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, s
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 .....

(miejsowość)

(data)

(czytelny podpis wnioskodawcy/osoby reprezentującej wnioskodawcę)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ LUB OSOBĘ 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 .....

(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 .....

Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia pracownik MOPR):

.....  
(podpis i pieczęćka imienna pracownika 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 - zał. nr 1, a w przypadku osób mających wszczyty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich dokument potwierdzający wszczyt 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 wszczyty 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 – zał. nr 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	oświadczenie o miejscu zamieszkania – zał. nr 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	zaświadczenie o zatrudnieniu – zał. nr 5	<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 – zał. nr 6 (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 potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, tj.: - osobą zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i odbudowy obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) - osobą, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	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"/>		
14	aktualny dowód osobisty pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	oświadczenie pełnomocnika – zał. nr 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\* podstawa prawna: ust. 26, pkt. 4 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu Aktywny samorząd w 2018 roku” – zał. do uchwały nr 5/2018 Zarządu PFRON z dnia 31 stycznia 2018 r.

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)