



Nr sprawy:

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu,

w dniu:

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać: „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

Moduł II

pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzenia r.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r.

przez ważnym do dnia r

PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – tam gdzie

Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu oraz wiąże z tym miejscem swoje plany życiowe.

Miejscowość

Kod pocztowy -

miasto wieś

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica Nr

Powiat

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu/nr tel. komórkowego:

Adres korespondencyjny:
(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu - prasa, - internet, - PCPR, - PFRON, - znajomi, - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę zakreślić właściwe pole)

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie ważne: okresowo do bezterminowo

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:
www.pfron.org.pl oraz na stronie BIP PCPR Toruń

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04- O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05- R choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Adres miejsca pracy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	Telefon kontaktowy do pracodawcy.....
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
	Miejsce prowadzenia działalności:

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jedną osobę w gosp. domowym, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku:zł (na podstawie załącznika nr 1)

2. 1) Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
.....		

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR lub MOPR) w ramach programów „STUDENT”, „STUDENT II”, „AKTYWNY SAMORZĄD-Moduł II”:

tak w ramach ilu semestrów - nie

Cel (nazwa instytucji, programu w ramach którego przyznano dofinansowanie)	Rok nauki/ studiów	Semestr nauki	Forma kształcenia (np. I stopnia, II stopnia)	Numer i data zawarcia umowy (dotyczy 3 ostatnich lat)	Kierunek	Kwota przyznana (dotyczy 3 ostatnich lat)
Razem liczba semestrów:						

2) informacja o korzystaniu ze środków PFRON, w poniższej tabeli nie należy umieszczać informacji dotyczących wsparcia otrzymanego w ramach programów STUDENT, STUDENT II, Aktywny Samorząd - Moduł II

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego (podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
--	---

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd” – Moduł II”

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:						

3. INFORMACJE DODATKOWE

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku (w przypadku zbyt małej ilości miejsca prosimy o uzasadnienie na osobnej kartce)</p> <p>W tym, jeśli dotyczy:</p> <p>a) należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu</p> <p>b) należy wykazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym z Oddziału PFRON, PCPR, MOPS)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny? (w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może zostać zwiększony o 300 zł)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania? (w przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi tego typu koszty, dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może zostać zwiększony o dodatkowe 500zł)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>Jakie:.....</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca posiadający znaczny stopień niepełnosprawności korzysta z pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej (lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby)? (jeśli tak, to dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może zostać zwiększony o dodatkowe 300 zł - <u>weryfikacja na podstawie orzeczenia oraz uzasadnienia</u>.)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

STRONA 5

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę

na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIEJeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie z tym, że **kosztorys wypełnia się tylko raz.**

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole (ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarym niestacjonarym nie dotyczyWnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nieWnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: 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
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) tak nie

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Wymagany udział własny*	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł**	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (pierwszy kierunek):***				
Opłata za naukę (drugi kierunek):***				
Opłata za naukę (trzeci kierunek):***				
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich				
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA		-		
Razem				
Łączna kwota wnioskowana (na jeden semestr): zł				
(słownie złotych:)				

* Pierwszy kierunek - os. nie zatrudniona - brak / os. zatrudniona 15 % - wartości czesnego

Każdy kolejny kierunek – os. nie zatrudniona 50%, os. zatrudniona 65% - wartości czesnego

** tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych

6. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

- tabele wypełnia się tylko w sytuacji, gdy Wnioskodawca występuje o refundację (zwrot) poniesionych kosztów
czesnego - dotyczących bieżącego roku szkolnego/akademickiego (niezależnie od daty ich poniesienia)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Wymagany udział własny* (jw.)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł (jw.)	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (pierwszy kierunek):				
Opłata za naukę (drugi kierunek):				
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich				
Razem				
Łączna kwota wnioskowana (na jeden semestr): zł				

* należy wpisać kierunek studiów/nauki

7. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

nazwa bankuwłaściciel rachunku

numer rachunku bankowego.....

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Toruniu **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, a także: na stronie BIP PCPR w Toruniu,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- w przypadku ubiegania się o dofinansowanie (właściwe zaznaczyć):
 - jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (jeden kierunek) – posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości **15%** (kosztów chesnego) w przypadku aktywności zawodowej, tj. zatrudnienia, **nie dotyczy**,
 - więcej niż jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości **65%** (kosztów chesnego) w przypadku aktywności zawodowej, tj. zatrudnienia lub **50%** (kosztów chesnego) w przypadku osób niezatrudnionych, **nie dotyczy**,

9. **powtarzam** z powodu niezadowolających wyników w nauce semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON, - **nie dotyczy**,
10. zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie **rozpaczynam** naukę/i od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON, - **nie dotyczy**,
11. **rozpaczynam** ponownie lub **kontynuuję** naukę w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym (np. po zakończeniu studiów I stopnia, ponownie rozpaczynam studia I stopnia), - **nie dotyczy**.

Toruń, dnia /..... /20... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik socjalny z rejonu wypisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczęć imienną i swój podpis. Zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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, obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku- <i>Załącznik nr 1</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>załącznik nr 2</i>)- 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 (<i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3</i>) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku 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	<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 sa zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację <u>dot. rodzaju umowy, daty rozpoczęcia zatrudnienia</u> oraz czy Wnioskodawca otrzymuje od pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (<i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy- <u>dotyczy studentów studiów zaocznych</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Jeśli Wnioskodawca zamierza ubiegać się o wyrażenie zgody na zwiększenie dofinansowania czesnego, to musi opisać i udokumentować okoliczności zasługujące na indywidualne rozpatrzenie wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku wnioskowania o refundację kosztów poniesionych w bieżącym roku akademickim należy dostarczyć dokumenty potwierdzające poniesione wydatki (np. fakturę VAT za czesne) oraz dokumenty potwierdzające wpływ środków na konto uczelni (np. polecenie przelewu) wystawione w okresie obejmującym refundację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku studentów starających się o refundację kosztów poniesionych w bieżącym roku akademickim należy dostarczyć wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki za okres refundacji (<i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Ubiegając się o zwolnienie wniesienia udziału własnego dotyczącego opłaty czesnego należy <u>udokumentować dochód</u> dostarczając potwierdzoną przez Urząd Skarbowy kopię zeznania podatkowego za 2016 rok lub zaświadczenie z US (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Deklaracja bezstronności do wniosku nr:..... - WYPEŁNIA PCPR**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,
- 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 oceny wniosku/podjęcia decyzji/zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
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	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku: <input type="checkbox"/> pozytywna z dnia <input type="checkbox"/> negatywna z dnia			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej/...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:..... negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- o 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,
- o 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,
- o 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,
- o 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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**W przypadku wniosku w ramach Modułu II**

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
 zł
	zwiększony z tytułu:
Pierwszy kierunek - zł	1.
Drugi kierunek -zł	2.
Trzeci kierunek -zł	3.
	Razem:
	Etap kształcenia wysokość dodatku.....%
	Wyliczona kwota dodatku:.....

Łączna ilość semestrów /półroczy, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie:

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Załącznik nr 1



OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisana(y)

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkała(y)

.....
(miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przypisem nr 1):

		przeciętny miesięczny dochód netto	Źródło dochodu
1.	Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X	X
2.			
3.			
4.			
5.			
RAZEM			-

Oświadczam, także że:

- przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł (słownie złotych:)
(należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2);
- prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:
W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać uchylona a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Przypis nr 1

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

a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub

b) **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcą, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

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: $[(1.975 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. t.j. 2016 r. poz. 2032 ze zm.). Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym (np. kserokopie PIT-ów złożonych w US lub zaświadczenia z US, a tylko w przypadku, gdy dana osoba nie jest zobowiązana do składania PIT - inne dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów). W takim przypadku należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych.

Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2

– sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

łączny przeciętnymiesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli Oświadczenia o wysokości dochodów

=

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli Oświadczenia o wysokości dochodów

Załącznik nr 2



Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu, ul. Towarowa 4-6 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków PFRON.

Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny samorząd”.

.....
(imię i nazwisko)¹

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca składa wniosek na rzecz podopiecznego)*.

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)*

przez PCPR w Toruniu, ul. Towarowa 4-6 (administratora danych) w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2016 r. poz.922), a także na udostępnienie tych danych przez PCPR (na potrzeby sprawozdawcze i analityczne) do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

¹ niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR w Toruniu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

Załącznik nr 3



.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wypełnione przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani..... nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: tak nie / Czy obecnie Pan/Pani powtarza rok nauki: tak nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: tak nie

Wysokość kwoty czesnego **za jedno półrocze**** (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: nie tak - ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym półroczu:

Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

* -niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

pieczętka i podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: