

Wniosek złożono w Strzelcach Opolskich
w dniu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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

MODUŁ II - Pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

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

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

| DANE PERSONALNE | |
|--|--|
| Imię.....Nazwisko..... | |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe) | ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) |
| Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (poczta) | Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (poczta) |
| Miejscowość | Miejscowość |
| Ulica | Ulica |
| Nr domu nr lok. Powiat | Nr domu nr lokalu |
| Województwo | Powiat |
| <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś | Województwo |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): | Kontakt telefoniczny: nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e'mail (o ile dotyczy): |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: |

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo | | |

PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA I ZATRUDNIENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu

W okresie(podać ilość miesięcy rejestracji)

| | |
|---|---|
| <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 | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| <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 | |

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

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

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: | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

STRONA 3

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?

tak nie

| 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: | | | | | | |

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

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

.....

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

3. Średni miesięczny dochód.

Średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych przypadających na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi:zł

4. Uzasadnienie do ubiegania się o przyznanie dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

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

naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE

Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

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

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

Okres trwania nauki w szkole.....(*ile semestrów*)

Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: 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 | | |

6. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

| Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki | Koszt (w zł) | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* | Udział własny*** | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|--------------|--|------------------|--------------------------|
| Opłata za naukę (czesne):** | | | | |
| Opłata za naukę (czesne):** | | | | |
| Opłata za naukę (czesne):** | | | | |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich | | | X | |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA | | | X | |
| Razem | | | | |

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

*** udział własny – wynosi w przypadku zatrudnionych Beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) 15% , a w przypadku zatrudnionych Beneficjentów programu, którzy 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) udział własny wynosi 65%

7. Informacje uzupełniające

| | |
|--|---|
| Wnioskodawca pobiera naukę poza miejsce zamieszkania | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach nauki | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny (aktualna/ważna) | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty, np. asystent osoby niepełnosprawnej, tłumacz języka migowego, itp. (jakie?) | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnę w trakcie pobierania nauki ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objęte uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca powtarza semestr/półrocze uprzednio dofinansowany ze środków PFRON | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |
| Wnioskodawca korzysta z przerwy w nauce (należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki w trakcie, której osoba nie ponosi kosztów nauki (np. urlop dziekański, zdrowotny). | <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie |

Dane rachunku bankowego wnioskodawcy* lub Uczelni (na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku)

nazwa banku numer rachunku bankowego

* lub dane rachunku bankowego co do którego wnioskodawca jest współwłaścicielem lub pełnomocnikiem

Oświadczam, że:

- uzyskałem/am pomoc ze środków PFRON w ramach semestrów/półroczy różnych form kształcenia na
ilość semestrów / półroczy
poziomie wyższym (warunek ten dotyczy wsparcia udzielonego w ramach programów: Aktywny Samorząd- Moduł II, „Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” oraz „Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych
- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu strzeleckiego tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w opłacie za naukę (czesne) tak nie nie dotyczy
- 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: www.pcp.r.strzelceop.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **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

Oświadczam dobrowolnie, że:

- Upoważniam Realizatora programu do kontaktowania się ze mną również za pomocą mojego numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej w sprawach programu i realizacji niniejszego wniosku.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | Dolącono do wniosku | Uzupelniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki . Wzór określony w załączniku nr 4 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 są zatrudnieni – wystawione przez pracodawcę zaświadczenie zawierające informację o: podstawie zatrudnienia, okresie zatrudnienia oraz dofinansowaniu przez pracodawcę kosztów nauki (jeżeli jest przyznane, to w jakiej wysokości) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 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 zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

| | |
|---|---|
| Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka 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 (o ile dotyczy) | <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 i załączniki zawierają wymagane podpisy | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 8 | Zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | |/...../20.... r. | |
| Weryfikacja formalna wniosku: | | <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: | | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczętka 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 II negatywna: w ramach Modułu II**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 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 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

..... zł

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: