

Wniosek złożono

W.....

w dniu.....

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu Aktywny samorząd „Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym”

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....

Data urodzeniar. PESEL

W przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość (rodzaj dokumentu, nr, data wydania, data ważności, organ wydający dokument):.....

Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

(pobyt stały)

Kod pocztowy -

Poczta

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy -

Poczta.....

Miejscowość

Ulica

Nr domuNr lok.

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

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

e-mail (o ile dotyczy):

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:.....do dnia:

Nazwa pracodawcy:
.....

na czas nieokreślony inny, jaki:

Adres miejsca pracy:
.....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania,
wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy
o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy,
wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
.....

działalność gospodarcza

Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
nr....., dokonanego w urzędzie:
.....

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

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

numer rachunku bankowego

nazwa banku

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

A.	Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie.		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Lp.	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania	
	Razem:		

B. Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:
tak nie

Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

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

Uwaga!
W ramach pilotażowego programu Aktywny samorząd „MODUŁ II” **nie mogą uczestniczyć** osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON. Za „wymagalne zobowiązanie” 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.

	<p>Czy Wnioskodawca w poprzednim roku szkolnym/akademickim zrezygnował z przyczyn własnych z otrzymanego dofinansowania: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, należy podać przyczynę rezygnacji:..... </p>
--	---

3. Informacje o nauce pobieranej przez Wnioskodawcę

Uwaga!

Wnioskodawca, pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia. W przypadku korzystania z tego uprawnienia poniższą Tabelę („Informacje o nauce pobieranej przez Wnioskodawcę”) należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie. tak nie

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 (jaki.....)
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)
<input type="checkbox"/> inne (jaki.....)		
Okres trwania nauki w szkole..... (ile semestrów)		Data rozpoczęcia nauki/studiów
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca powtarzał semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki w ramach danej formy kształcenia <input type="checkbox"/> tak (należy podać ile razy)..... <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu korzystania z usług tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny (należy udokumentować) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (należy udokumentować) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Pełna nazwa szkoły			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
Wydział.....			
Kierunek nauki.....			
Rok nauki		Semestr nauki	

4. Informacja dotycząca ilości semestrów/półroczy dofinansowanych na różnych formach kształcenia na poziomie wyższym

Nazwa programu	Ilość dofinansowanych semestrów/półroczy
STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych	
STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych	
Pilotażowy program „Aktywny samorząd”	

5.Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Lp.	Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł.)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł *	Kwota wnioskowana (w zł.)
a.	Opłata za naukę (czesne).....**			
b.	Opłata za naukę (czesne).....**			
c.	Opłata za naukę (czesne).....**			
d.	Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
e.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia			
f.	Dodatek może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi dodatkowe środki koszty z powodu barier w poruszaniu się (w szczególności korzysta z usług asystenta osoby niepełnosprawnej).			
g.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku pobierania nauki poza miejscem zamieszkania.			
h.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny.			
i.	Dodatek może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/ nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie.			
j.	Dodatek może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie.			
k.	Dodatek może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.			
l.	Dodatek może być zwiększony w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego.			
RAZEM:				
* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania				
** należy wpisać kierunek studiów/nauki				

UWAGA!

Dofinansowanie na pokrycie kosztów czesnego w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) powyżej kwoty 3000 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę. (**należy udokumentować**). Decyzja w sprawie wyrażenia zgody na zwiększenie kwoty dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) dla wnioskodawcy, którego miesięczny dochód przekracza kwotę 764 zł (netto) na osobę lub zwiększenia kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego może być podjęta przez Pełnomocników Zarządu w Biurze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów), kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 1500 zł jest możliwe w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę. (**należy udokumentować**).

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

<input type="checkbox"/> urlop dziekański w okresie od – do	<input type="checkbox"/> urlop zdrowotny w okresie od – do	<input type="checkbox"/> Inny (jaki?)	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
---	--	--	--------------------------------------

Oświadczam, że:

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Miasto na prawach powiatu Piekary Śląskie **tak** - **nie**,
- 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) 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.mopr.piekary.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) 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,
- 6) w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
- 7) 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 lub innego dowodu księgowego, a także potwierdzenia poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię, gdy wystawienia faktury VAT nie jest możliwe .
- 8) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego :
 - 15 % wartości czesnego – w przypadku przyznania dofinansowania dla zatrudnionych beneficjentów programów, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku);
 - 65% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych oraz 50% wartości czesnego – w przypadku nie zatrudnionych beneficjentów programu, 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 obowiązku wniesienia ww. udziału własnego w module II zwolniony jest wnioskodawca, gdy jego wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę (**należy udokumentować**).

Przez przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy należy 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r., poz. 2220 z późn.zm), 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 2017r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018r. – M.P. 2018 poz. 911), według wzoru: $[(3399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów}) / 12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Informacja dotycząca RODO:

Administratorem danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich z siedzibą przy ul. Bpa Nankera 103, 41-949 Piekary Śląskie oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn.zm.).

Informuję, iż Pani/Pana dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia Realizator programu		
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 2 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 2 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"/>	
3.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie czesnego (jeżeli tak to w jakiej wysokości) (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie Wnioskodawcy, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan nieaktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz ksero aktualnego orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności w przypadku osób legitymujących się na dzień złożenia wniosku orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oświadczenie dotyczące form edukacji objętych dofinansowaniem ze środków PFRON (dotyczy wnioskodawców którzy otrzymali dofinansowanie w ramach STUDENT I STUDENT II).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokument potwierdzający, iż wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Oświadczenie wnioskodawcy potwierdzające, że mieszka i utrzymuje się samodzielnie z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji (w przypadku osób prowadzących samodzielne gospodarstwo domowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Uzasadnienie wskazujące okoliczności zasługujące na indywidualne rozpatrzenie sprawy (dotyczy wnioskodawców ubiegających się o wyrażenie zgody na zwiększenie czesnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13.	Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.				

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie 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.

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) 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 /przygotowania umowy/ obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku</i>	<i>Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących i zawierających umowę dofinansowania</i>	<i>Data, pieczętka i podpis Kierownika działu</i>

Weryfikacja formalna wniosku:

L.p.	Kryteria oceny formalnej	Tak	Nie	Uwagi (opinia negatywna wymaga uzasadnienia)
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania			
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku			
3.	Przedmiot dofinansowania zgłoszony we wniosku jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie			
4.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki określone przez MOPR zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)			
5.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosku i załącznikach)			
6.	Wniosek i załączniki zawierają wszystkie wymagane podpisy.			
Data weryfikacji formalnej wniosku			/...../.....r.
Weryfikacja formalna wniosku		pozytywna <input type="checkbox"/>		negatywna <input type="checkbox"/>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:.....				<input type="checkbox"/> -tak <input type="checkbox"/> -nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia				<input type="checkbox"/> -tak <input type="checkbox"/> -nie
Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej (o ile dotyczy)			/...../.....r.
Numer/imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie (o ile dotyczy)				

Proponowana kwota dofinansowania zł.

<p>pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku</p> <p>data, pieczęć i podpis</p>	<p>pieczęć imienna kierownika działu</p> <p>data, podpis</p>
---	--

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRONr.

DECYZJA w sprawie dofinansowania ze środków PFRON

pozytywna negatywna

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) 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 zawarcia umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

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

.....

*pieczętka imienna dyrektora
właściwej jednostki organizacyjnej
Realizatora programu*

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

<i>pieczętka imienna pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę</i>	<i>pieczętka imienna kierownika działu</i>	<i>pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i>
data, podpis:	data, podpis:	data, podpis: