

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## **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**

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

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. poz. 1863, z późn. zm.) 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 PCPR przyznanego dofinansowania na czesne na konto szkoły/uczelni):

.....  
nazwa banku .....

#### INFORMACJA O GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY

wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- samodzielne <sup>2</sup>  
 wspólne <sup>3</sup>

<sup>2</sup> samodzielne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu

<sup>3</sup> wspólne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny

wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu <sup>4</sup> (netto) w gospodarstwie domowym wynosi: ..... zł,  
tj. .... zł na osobę \*

<sup>4</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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.), 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 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 września 2015 r. - M.P. 2015 poz. 861), według wzoru:  $[(2.506 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$

uwaga: dochody z różnych źródeł sumują się

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

#### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK

wnioskodawca posiada następujący <b>stopień niepełnosprawności</b> (należy zaznaczyć jedną z możliwości zgodnie z posiadany 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.
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
u wnioskodawcy występuje następująca/e <b>przyczyna/y wydania orzeczenia o niepełnosprawności</b> (niepełnosprawność ta musi być potwierdzona w posiadany orzeczeniu o 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 posiadany orzeczeniu o 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 posiadany orzeczenia o niepełnosprawności, ale winna zostać potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z wymaganym wzorem - zał. nr 6 do wniosku):	<input type="checkbox"/> osoba głucha <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> żadna z ww. dysfunkcji nie występuje
<sup>5</sup> osoba głucha – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu w powyżej 70 decybeli (dB) w obu uszach <sup>6</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 PUP jako:**

- bezrobotny
- poszukujący pracy

**zatrudniona/y:**

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

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

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

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

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

**staż zawodowy** <sup>7</sup>

**działalność gospodarcza** <sup>8</sup>

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

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

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

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

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

**działalność rolnicza** <sup>9</sup>

miejsce prowadzenia działalności .....

<sup>7</sup> staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 149, z późn. zm.)

<sup>8</sup> działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 584, z późn. zm.)

<sup>9</sup> działalność rolnicza w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 704, z późn. zm.)

## 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 pomocą finansową:			nazwa Oddziału PFRON lub Samorządu powiatowego przyznającego dofinansowanie
						rok/lata nauki	semestr/y /półroczce/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 zagraniczne <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"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <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 zagraniczne <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"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <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 zagraniczne <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"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12	
<b>łącznie ilość semestrów/półroczy objętych wsparciem finansowym ze środków PFRON:</b>							.....		X





**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 nauki (w toku nauki) .....

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

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

**nauka odbywa się w systemie:**

- stacjonarnym (dziennym)
- niestacjonarnym:  zaocznym  wieczorowym  eksternistycznym

okres trwania nauki w szkole – łączna ilość semestrów w toku nauki: .....

data rozpoczęcia nauki: ..... r.

wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania:

tak  nie

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

tak  nie

wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:

tak  nie

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

tak  nie



**WNOSKOWANA KWOTA REFUNDACJI/DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE) –  
SEMESTR LETNI / ZIMOWY (niepotrzebne skreślić) ROKU AKADEMICKIEGO 20..... / 20.....**

koszty nauki	dofinansowanie (stypendium) z innych źródeł <sup>11</sup> niż środki PFRON (w zł)	informacja o maksymalnej kwocie wnioskowanej	kwota wnioskowana (w zł)
opłata za naukę (czesne) – <b>pierwszy kierunek</b> (należy podać nazwę kierunku): ..... ..... ..... ..... <b>całkowity koszt czesnego na semestr/półrocze (zł):</b> .....	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w wysokości: .....	<b>osoba niezatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>nie przekroczył</u> kwoty 583 zł (netto) na osobę – <b>do 100% całkowitego kosztu czesnego</b>	.....
		<b>osoba niezatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>przekroczył</u> kwotę 583 zł (netto) na osobę – <b>do 3000 zł</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>nie przekroczył</u> kwoty 583 zł (netto) na osobę – <b>do 100% całkowitego kosztu czesnego</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>przekroczył</u> kwotę 583 zł (netto) na osobę – <b>całkowity koszt czesnego -15%</b> <sup>14</sup> , <b>ale nie więcej niż 3000 zł</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , która zatrudnienie rozpoczęła w 2017 r., a jej przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>nie przekroczył</u> kwoty 583 zł (netto) na osobę – <b>do 100% całkowitego kosztu czesnego</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , która zatrudnienie rozpoczęła w 2017 r., a jej przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>przekroczył</u> kwotę 583 zł (netto) na osobę – <b>do 3000 zł</b>	.....
opłata za naukę (czesne) – <b>drugi kierunek</b> (należy podać nazwę kierunku): ..... ..... ..... ..... <b>całkowity koszt czesnego na semestr/półrocze (zł):</b> .....	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w wysokości: .....	<b>osoba niezatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>nie przekroczył</u> kwoty 583 zł (netto) na osobę – <b>do 50% całkowitego kosztu czesnego</b>	.....
		<b>osoba niezatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>przekroczył</u> kwotę 583 zł (netto) na osobę – <b>do 50% całkowitego kosztu czesnego, ale nie więcej niż 1500 zł</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>nie przekroczył</u> kwoty 583 zł (netto) na osobę – <b>do 50% całkowitego kosztu czesnego</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , której przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>przekroczył</u> kwotę 583 zł (netto) na osobę – <b>całkowity koszt czesnego - 65%</b> <sup>14</sup> , <b>ale nie więcej niż 1500 zł</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , która zatrudnienie rozpoczęła w 2017 r., a jej przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>nie przekroczył</u> kwoty 583 zł (netto) na osobę – <b>do 50% całkowitego kosztu czesnego</b>	.....
		<b>osoba zatrudniona</b> <sup>12</sup> , która zatrudnienie rozpoczęła w 2017 r., a jej przeciętny miesięczny dochód <sup>13</sup> <u>przekroczył</u> kwotę 583 zł (netto) na osobę – <b>do 50% całkowitego kosztu czesnego, ale nie więcej niż 1500 zł</b>	.....
zmniejszenie kwoty refundacji/dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne), w przypadku, gdy wnioskodawca po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach danej formy edukacji na poziomie wyższym, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym <sup>15</sup>			<input type="checkbox"/> – 300 zł <input type="checkbox"/> nie dotyczy
dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego otwartego poza studiami doktoranckimi <b>całkowity koszt czesnego na semestr/półrocze (zł):</b> .....	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w wysokości: .....	<b>do 4000 zł</b>	.....
dodatek na pokrycie kosztów kształcenia		<b>Do 1000 zł</b>	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą głuchą, niewidomą lub poruszającą się za pomocą wózka inwalidzkiego		<b>do 700 zł</b>	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania		<b>do 500 zł</b>	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny		<b>do 300 zł</b>	.....
zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki		<b>do 300 zł</b>	.....
<b>kwota łącznie</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	.....

<sup>11</sup> tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz funduszy strukturalnych lub środków pracodawcy

<sup>12</sup> 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz.

704, z późn. zm.),

d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 584, z późn. zm.),

e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),

f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 149, 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

<sup>13</sup> przez średniomiesięczny dochód 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 2015 r., poz. 114 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 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 września 2015 r. - M.P. 2015 poz. 861), według wzoru:  $[(2.506 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów}) / 12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$

<sup>14</sup> wymagany udział własny wnioskodawcy w zakresie kosztów czesnego:

a) 15% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych wnioskodawców, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),

b) 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 w Module II zwolniony jest wnioskodawca, który zatrudnienie rozpoczął w 2016 roku, a także w takim przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę

<sup>15</sup> zmniejszenie kwoty refundacji/dofinansowania na czesne nie obowiązuje w przypadku, gdy wnioskodawca:

a) ubiega się o dofinansowanie semestru/półroczna danej formy edukacji na poziomie wyższym, jaki dotychczas nie był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON, albo

b) jednocześnie pobiera naukę na dwóch kierunkach w ramach tej samej formy edukacji na poziomie wyższym

### UZASADNIENIE WNIOSKU

(należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem refundacji/dofinansowania z możliwością realizacji celów programu <sup>16</sup> Aktywny Samorząd)

<sup>16</sup> cele programu Aktywny Samorząd:

1. Celem głównym programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

2. Cele szczegółowe programu:

a) przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego,

b) przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,

c) umożliwianie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie,

d) poprawa szans beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji,

e) wzrost kompetencji osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pracowników lub pracujących na rzecz jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowych.

### Oświadczam, że:

- 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),
- 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,
- 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),
- 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,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się do powiadomienia PCPR w ciągu 14 dni od ich wystąpienia,
- byłem/am  nie byłem/am (odpowiednie zaznaczyć) stroną umowy zawartej z PCPR lub PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- posiadam środki na wniesienie wymaganego udziału własnego:  tak  nie  nie dotyczy (odpowiednie zaznaczyć) kosztów czesnego.

....., dnia .....  
(miejscowość) (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 ..... nr budynku ..... nr lokalu ..... kod pocztowy ..... miejscowość ..... powiat ..... województwo .....	ulica ..... nr budynku ..... nr lokalu ..... kod pocztowy ..... miejscowość ..... powiat ..... 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 .....

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

### **Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia pracownik PCPR):**

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

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

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

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

.....  
(data)

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

## ZAŚWIADCZENIE

wydane 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 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: .....

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

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....\*\* (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni **skala ocen**.....

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

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie **wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

**Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.**

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

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

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

## Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł.

(słownie złotych: .....)

(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

..... dnia.....r. ....

miejscowość

podpis wnioskodawcy

## Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana 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

## Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych:

Dochód - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
  - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
  - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
  - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.<sup>2)</sup>),
  - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszniczych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
  - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej,
  - alimenty na rzecz dzieci,

- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- <sup>(1)</sup> renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

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

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$



**Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim przy ul: Żwirki i Wigury 1 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

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

---

***Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.***

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(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 (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

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

przez Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim przy ul: Żwirki i Wigury 1 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

**OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

Ja niżej podpisany/a ..... oświadczam,

*(imię i nazwisko)*

że moim miejscem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest:

.....

.....,

*(kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.

- o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu;
- można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

.....

*(data)*

.....

*(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)*

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

### **ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w: .....

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

nr PESEL \_ \_ \_ \_ \_

jest zatrudniony na stanowisku .....

**forma zatrudnienia (należy zaznaczyć odpowiednie):**

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę
- umowa cywilnoprawna
- staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 149, z późn. zm.)
- inna forma zatrudnienia (jaka): .....

**zatrudnienie na czas (okresy zatrudnienia w ramach wyżej wymienionych form sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia) (należy zaznaczyć odpowiednie):**

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

**wyżej wymieniona osoba korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów kształcenia (należy zaznaczyć odpowiednio):**

- nie
- tak, w następującym zakresie:
  - forma kształcenia:
    - szkoła policealna  jednolite studia magisterskie  studia pierwszego stopnia  studia drugiego stopnia  studia podyplomowe  kolegium pracowników służb społecznych  kolegium nauczycielskie  nauczycielskie kolegium języków obcych  studia doktoranckie  przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi  nauka na uczelni zagranicznej
  - nazwa szkoły/uczelni: .....
  - kierunek nauki: .....
  - wysokość pomocy finansowej:
    - semestr zimowy/pierwszy roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20..... - ..... zł
    - semestr letni/drugi roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20..... - ..... zł

.....  
(data, podpis i pieczęćka imienna pracownika upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę związanego z rodzajem niepełnosprawności wnioskodawcy  
(dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w: .....

.....

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

nr PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Zaświadcza się, że dysfunkcja ww. pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe) :

narząd słuchu	pacjent z ubytkiem słuchu na poziomie: <input type="checkbox"/> dotyczy jednego ucha: lewe ucho .....decybeli prawe ucho.....decybeli <input type="checkbox"/> dotyczy obu uszu: lewe ucho .....decybeli prawe ucho.....decybeli	
	<u>pacjent jest osobą głuchą</u> (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (dB) w obu uszach): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data, nr, pieczętka i podpis lekarza specjalisty
narząd wzroku	<input type="checkbox"/> pacjent ma zwężone pole widzenia: <input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... stopni <input type="checkbox"/> w oku prawym do: .....stopni <input type="checkbox"/> pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (po korekcji): <input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... <input type="checkbox"/> w oku prawym do: .....	
	<u>pacjent jest osobą niewidomą</u> 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): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data, nr, pieczętka i podpis lekarza specjalisty
narząd ruchu	<u>pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim:</u> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data, nr, pieczętka i podpis lekarza specjalisty