4. 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:** | | | | | | | |
| jednolite studia magisterskie | | studia pierwszego stopnia | | | studia drugiego stopnia | | |
| studia podyplomowe | | studia doktoranckie | | | nauka w kolegium pracowników służb społecznych | | |
| nauka w kolegium nauczycielskim | | nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | | | nauka w szkole policealnej | | |
| nauka na uczelni zagranicznej | | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | | przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*) | | |
| Okres trwania nauki w szkole.........................*(ile semestrów)* | | | Data rozpoczęcia nauki/studiów ....................................... | | | | |
| Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie | | | | | | | |
| Wnioskodawca korzysta z przerwy w nauce (*np. urlop dziekański, urlop zdrowotny*): tak nie | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak nie | | | | | | | |
| **Pełna nazwa szkoły:** .................................................................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |
| Miejscowość | Ulica | | | Nr posesji | | Kod pocztowy | |
|  |  | | |  | |  | |
| Powiat | Województwo | | | Nr telefonu | | adres http://www | |
| **Wydział** | **Kierunek nauki** | | | **Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:** | | **Rok nauki** | **Semestr nauki** |
|  |  | | | **tak nie** | |  |  |

**5. 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\*** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| 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 |  |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA |  |  |  |
| - zwiększenie dodatku w związku z: |  |  |  |
| - pobieraniem nauki na drugim kierunku |  |  |  |
| - kartą dużej rodziny |  |  |  |
| - pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania |  |  |  |
| - ponoszeniem kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub komunikowaniu |  |  |  |
| **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*

**6. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:**  TAK NIE  *Na przykład koszty związane z dojazdem itp.*  **Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej:** TAK NIE  *Jeżeli tak, proszę podać w jakiej wysokości ...................... zł*  **Czy uczelnia zapewnia asystenta osoby niepełnosprawnej lub tłumacza języka migowego?** TAK NIE  **Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania do tłumacza języka migowego lub asystenta ze środków PFRON lub**  **innych, jakich?.................................................................................., w jakiej wysokości.....................................................**  **Wnioskodawca posiada aktualna (ważną) Kartę Dużej Rodziny:**  TAK NIE |
| **Czy osoba z najbliższego otoczenia Wnioskodawcy zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym sprawuje opiekę nad Wnioskodawcą i pobiera z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne (1400 zł) lub specjalny zasiłek opiekuńczy (520 zł)?**  TAK NIE |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON łącznie w ramach ………… semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym – warunek ten dotyczy wsparcia udzielonego  w ramach programów PFRON:  **1) STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych**  **2) STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych**  **3) Pilotażowy program „AKTYWNY SAMORZĄD”** | | | 1. **.....................................Oddział PFRON - ........................ semestrów** 2. **.....................................Oddział PFRON - ........................ semestrów** 3. **.....................................Oddział PFRON - ........................ semestrów** 4. **.....................................Oddział PFRON - ........................ semestrów** 5. **Samorząd Powiatowy (MOPR, PCPR) .......................... - .......................... semestrów** 6. **Samorząd Powiatowy (MOPR, PCPR) .......................... - .......................... semestrów** 7. **Samorząd Powiatowy (MOPR, PCPR) .......................... - .......................... semestrów** 8. **Samorząd Powiatowy (MOPR, PCPR) .......................... - .......................... semestrów** | | |
| **DOTYCHCZAS REALIZOWANE FORMY KSZTAŁCENIA WNIOSKODAWCY:** | | | | | |
| Kierunek nauki,  forma kształcenia | Rok, semestr | Finansowane semestry ze środków PFRON | | Informacja o zaliczeniu semestru | Przyczyna nie zaliczenia semestru (ile razy był powtarzany semestr) |
| ***na przykład:*** | | | | | |
| *Filologia angielska*  *Studia I stopnia* | *Trzy semestry* | *Trzy semestry* | | *zaliczone* | *Bez powtórzeń* |
| *Prawo*  *Jednolite studia magisterskie* | *Rok trzeci* | *Pięć semestrów* | | *1-4 zaliczone*  *5 niezaliczony* | *Stan zdrowia* |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**  **na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**  *(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*  **Numer rachunku bankowego** ...............................................................................................................................................................................................  **Nazwa banku** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Lublinie i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego samorządu powiatowego (innego Realizatora) □ 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: www.lublin.naszepcpr.pl
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego co najmniej 15% lub 65% wartości czesnego ( o ile dotyczy).
5. 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,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez PCPR oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
8. 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,

1. o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PCPR w Lublinie.

*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 ............................ 2017 r. ....................................................        **podpis czytelny Wnioskodawcy** |

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-9)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR**  *(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w***załączniku nr 1** *do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w***załączniku nr 2** *do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w* **załączniku nr 3** *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.* |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |
|  | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*). |  |  |  |
| **Inne załączniki (należy wymienić):** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |