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):** |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |