

Data wpływu:

Nr sprawy:

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

**WNIOSEK „M-II”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu
„Aktywny samorząd”**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

**DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako opiekun prawny niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Nazwa właściwego sądu:	
Data wydania dokumentu:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy ☐ zawarcie umowy ☐ udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku ☐ złożenie wniosku ☐ inne

☐ Oświadczam, że ani teraz, ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem / nie byłam: właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym, przedstawicielem handlowym, członkiem organów nadzorczych lub zarządzających ani pracownikiem firm, które sprzedają towary lub usługi dotyczące tego wniosku. Nie miałem / nie miałam i nie mam z zarządem tych firm innych powiązań, takich jak na przykład relacje rodzinne czy biznesowe.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	

Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ ważne bezterminowo ☐ ważne okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	

Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ 05-R – narząd ruchu
☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
☐ 04-O – narząd wzroku
☐ osoba niewidoma
☐ osoba głuchoniewidoma
 Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):
☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
☐ osoba głucha
☐ osoba głuchoniema
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne:
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- ☐ nie dotyczy
☐ osoba nieaktywna zawodowo
☐ osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:
☐ osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
☐ działalność gospodarcza
☐ działalność rolnicza
☐ osoba zatrudniona
☐ Jestem na stażu zawodowym
☐ Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ umowa cywilnoprawna		☐ tak ☐ nie	
☐ staż zawodowy		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność gospodarcza		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność rolnicza		☐ tak ☐ nie	
☐ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		☐ tak ☐ nie	

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy osoba, której dotyczy wniosek otrzymała wcześniej dofinansowanie na edukację ze środków PFRON w tym także za pośrednictwem powiatu?:

☐ tak ☐ nie

Data otrzymania dofinansowania (dzień, miesiąc, rok)	Rok studiów	Semestr	Forma studiów	Wydział	Kierunek

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie do edukacji w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie):

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu

Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

☐ tak ☐ nie

Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

☐ tak ☐ nie

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

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy osoba, której dotyczy wniosek, ma dofinansowanie do edukacji z innych źródeł? Na przykład z budżetu państwa lub jednostek samorządowych, od szkoły lub uczelni albo z funduszy unijnych – na przykład dostała stypendium na opłacenie czesnego?:

☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, należy podać rodzaj kosztu jaki został/zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać nazwę źródła i wysokości pomocy), formę, kierunek nauki, w ramach której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca w ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma
☐ media
☐ Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON
☐ PFRON
☐ inne, jakie?:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Wysokość (netto w złotych) średniego miesięcznego dochodu na osobę w gospodarstwie:

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, 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 zgodnie z obowiązującym na dzień złożenia wniosku Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

☐ Proszę o zwolnienie mnie z obowiązku składania oświadczenia o dochodzie. Nie planuję korzystać z szybszego rozpatrzenia wniosku ani z większej kwoty dofinansowania. Wiem, że jeśli nie podam wysokości dochodu, nie będę miał możliwości skorzystania z tych przywilejów.

FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

☐ tak ☐ nie

I. Kierunek

☐ 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 w uczelni zagranicznej ☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej ☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) ☐ szkoła doktorska
---	--

Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	☐ tak ☐ nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	
Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	
Uwagi/dodatkowe informacje	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

I. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	☐ uczelnia wyższa ☐ uczelnia wyższa zagraniczna ☐ inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	

Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:

Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.

☐ tak ☐ nie

DANE UCZELNI/SZKOŁY
Inny kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	☐ uczelnia wyższa ☐ uczelnia wyższa zagraniczna ☐ inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

☐ tak ☐ nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	

Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

☐ tak ☐ nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

☐ tak ☐ nie

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie wnioskowanej w przypadku gdy:
 - Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)
 - Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)
 - Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 75 % kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:
 - Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
 - Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 50% kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:
 - Wnioskodawca pobiera naukę na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji.

W kolumnie: "Wnioskowana kwota dofinansowania" Wnioskodawca wypełnia te wiersze, które go dotyczą.

Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia	Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu	Kwota wnioskowana
Podstawowa kwota dodatku (1.155 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.733 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):	1155 zł lub 1733 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wniosek o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW – wsparcie jednorazowe, tylko dla Wnioskodawców, którzy korzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy:	924 zł	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	809 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	578 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny:	347 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	347 zł	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	231 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2025 lub w 2026 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	347 zł	

Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	347 zł	
Zwiększenie w przypadku, gdy wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:	578 zł	
Suma:	X	

II. Kierunek

☐ 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 w uczelni zagranicznej ☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej ☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) ☐ szkoła doktorska ☐ seminarium doktoranckie
---	--

Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	☐ tak ☐ nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	
Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

II. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	☐ uczelnia wyższa ☐ uczelnia wyższa zagraniczna ☐ inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	

Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:

Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.

☐ tak ☐ nie

DANE UCZELNI/SZKOŁY**Inny kierunek**

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	☐ uczelnia wyższa ☐ uczelnia wyższa zagraniczna ☐ inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
☐ tak ☐ nie	
Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	
Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):	
☐ tak ☐ nie	

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

III. Kierunek

☐ 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 w uczelni zagranicznej ☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej ☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) ☐ szkoła doktorska
---	--

Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	☐ tak ☐ nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	
Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

III. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	☐ uczelnia wyższa ☐ uczelnia wyższa zagraniczna ☐ inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	

Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:

Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit 20 semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.

☐ tak ☐ nie

DANE UCZELNI/SZKOŁY

Inny kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	☐ uczelnia wyższa ☐ uczelnia wyższa zagraniczna ☐ inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

☐ tak ☐ nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

☐ tak ☐ nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

PODSUMOWANIE

Nazwa pola	Zawartość
Całkowity koszt opłaty za naukę:	
Udział własny:	
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:	
Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:	
Wnioskowana kwota dofinansowania razem:	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Średnia ocen:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz - w przypadkach tego wymagających - zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO - prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO - prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO - prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO - prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO - prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00 – 014 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

<i>Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj.: **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH** z siedzibą w **KARTUZACH** przy ul. **MŚCIWOJA II 20, 83-300 KARTUZY** 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 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 KARTUZACH** z siedzibą w **KARTUZACH** przy ul. **MŚCIWOJA II 20, 83-300 KARTUZY** oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzania moich danych osobowych tj:

numer telefonu

.....

(czytelny podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA realizacja programu aktywny samorząd

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach ul Mściwoja II 20 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zwani dalej Administratorem
- Kontakt z Inspektorem Danych Osobowych:
 - w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, telefon: (22) 505 55 00
 - w PCPR w Kartuzach iod@pcprkartuzy.pl telefon: 697 781 335
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu „Aktywny samorząd”
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i art 9 ust. 1 lit. b) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz na podstawie przepisów krajowych:
 - art. 47 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:
 - podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa,
 - podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora danych jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora danych,
 - do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....
(data i czytelny podpis)

.....
pieczęć szkoły / uczelni**ZAŚWIADCZENIE**

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON - program „Aktywny samorząd”

Pan/Pani PESEL

rozpoczął/ęła naukę / kontynuuje naukę*

W
(pełna nazwa Uczelni)

Kierunek:

Wydział:.....

okres trwania nauki na danym kierunku (łącznie liczba semestrów); aktualny: 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
Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie:	☐ tak ☐ nie
Czy w poprzednim semestrze pobierał/a Pan/i naukę w formie zdalnej lub hybrydowej:	☐ tak ☐ nie
Czy aktualnie pobiera Pan/i naukę w formie zdalnej lub hybrydowej:	☐ tak ☐ nie

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ uczelnia zagraniczna	☐ seminarium doktoranckie/doktorskie	☐ szkoła doktorska
☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)		

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze (w odniesieniu do ww. Studenta/ucznia) wynosi: zł

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

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w <u>jednym półroczu</u> :	
Data <u>rozpoczęcia</u> semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data <u>zakończenia</u> 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)	

Data, pieczęćka oraz podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani

zamieszkały/a w

PESEL

jest zatrudniony/a na stanowisku

Forma zatrudnienia (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- ☐ umowa cywilnoprawna
- ☐ staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnieniu i instytucjach rynku pracy - tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r., poz. 1482, z późn. zm.)
- ☐ inna forma zatrudnienia (jaka):.....

Na czas (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się):

- ☐ określony od dnia: do dnia:
- ☐ nieokreślony od dnia:
- ☐ inny, jaki:

Pani/Pan korzysta z pomocy finansowanej pracodawcy na pokrycie kosztów kształcenia należy zaznaczyć odpowiednie): ☐ nie ☐ tak

w następującym zakresie:

- nazwa szkoły/ uczelni:
- kierunek nauki:, rok, semestr, rok szkolny/akademicki /
- wysokość pomocy finansowej: kwota pomocy - zł (słownie: zł)

.....
(podpis i pieczęć imienna pracownika
upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)