

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

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P” – część A** (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)  
o dofinansowanie ze środków PFRON 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.

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

**DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia ..... r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu..... r.

przez ..... ważny do: ..... r.

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - Realizator programu (PCPR, Starostwo Powiatowe)  
 - PFRON  - inne, jakie:

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
---	--	---

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
---	--	--

<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
---	--	---

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU</b> <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU</b> <input type="checkbox"/> OSOBA NIEWIDOMA	<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD SŁUCHU</b> <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA
---	---	--

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia: .....

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**

**Rejestracja w Urzędzie Pracy** od dnia:..... jako:  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy

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

**na czas nieokreślony**  **inny, jaki**: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony, (nie krótszy niż 3 miesiące)

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę (nie krótszy niż 3 miesiące)

**Nazwa pracodawcy:** .....

**Adres miejsca pracy:** .....

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

**działalność gospodarcza**

**Nr NIP:** .....

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

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

**działalność rolnicza**

**Miejsce prowadzenia działalności:** .....

**nie dotyczy**

**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)

**nazwa banku** .....

**numer rachunku bankowego** .....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON** (nie dotyczy dofinansowania otrzymanego przez Wnioskodawcę w ramach programu STUDENT, STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD MODUŁ II)

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR / MOPR / oddz. PFRON?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i / lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>							
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>							
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:</b> .....							
.....							
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć:							
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,							
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a.							
–zobowiązania:							
–wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna							
–w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,							
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji							
–w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,							
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności							

## 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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:				
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia		
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych		
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej		
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej:				
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Wnioskodawca posiada aktualną (ważną)Kartę Dużej Rodziny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Pełna nazwa szkoły: .....				
<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr telefonu</b>	<b>adres http://www</b>	
<b>Wydział</b>	<b>Kierunek nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

## 4. 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)
Oplata za naukę (czesne): .....**			
Oplata za naukę (czesne): .....**			
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
<b>Razem</b>			

\* 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

**Uzasadnienie wniosku (proszę wskazać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu „Aktywny samorząd” – Moduł II)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Informacje uzupełniające****Wnioskodawca otrzymał wcześniej, na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu:**

1. „STUDENT” „STUDENT II”:  tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał/otrzymywał dofinansowanie:.....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

Nazwa uczelni/szkoły .....

2. „AKTYWNY SAMORZĄD” – Moduł II:  tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał/otrzymywał dofinansowanie:.....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

Nazwa uczelni/szkoły .....

**Łącznia ilość semestrów/półroczy dofinansowanych ze środków PFRON .....**

**Oświadczam, że:**

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Hrubieszowie,
- 2) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 3) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.hrubieszow.naszepcpr.pl](http://www.hrubieszow.naszepcpr.pl),
- 4) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- 5) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 6) ponoszę koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:  tak -  nie,
- 7) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- 8) nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu,

- 9) 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.
- 10) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem.

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 ..... /..... /2016 r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU – PCPR Hrubieszów		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację o okresie zatrudnienia oraz czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku posiadania – kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku Wnioskodawców ponoszących dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się (np. z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej) - dowody potwierdzające poniesione koszty			
9.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.				
12.				
13.				
14.				

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU****Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../20.... r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../20.... r.**

**Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.**

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON WNIOSKU nr: .....**pozytywna: negatywna: **Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

..... zł (słownie: .....) )

**Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:**

..... zł

(słownie: .....) )

**Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:**

..... zł

(słownie: .....) )

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: