

Wniosek złożono  
w PCPR  
w Przasnyszu,  
w dniu:

Wypełnia Realizator programu

Nr sprawy:

PCPR.613. .2017

program finansowany ze środków PFRON

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

## Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

### 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 dnia ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA** – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe.

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

PCPR (Realizator)  - PFRON  - firma handlowa  - media  - inne, jakie.....

#### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym				
<input type="checkbox"/> Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego				
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma				
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> zatrudniony na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....			Nazwa pracodawcy: ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy				
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....			
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....			

**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:	

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR, itp.) ? ( w przypadku braku miejsca wnioskodawca zobowiązany jest ponownie wypełnić str. Nr 3 w punkcie 2)								tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Lp.	Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)  Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione/ dofinansowanie środków PFRON)	Rok studiów/ semestr	Forma studiów / Wydział / Kierunek	Nazwa uczelni	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>									



#### 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:			
<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"/> wyższe seminarium duchowne	
<input type="checkbox"/> uczelnia zagraniczna	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)	
Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)		Data rozpoczęcia nauki/studiów na danej formie kształcenia .....	
Liczba semestrów/ półroczy dofinansowanych ze środków PFRON, w ramach programów: STUDENT, STUDENT II, Aktywny samorząd: .....		Czy Pan/Pani powtarzał(a) semestr/półrocze/rok nauki w ramach danej formy kształcenia? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie,	
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Pełna nazwa, szkoły : .....			
.....NIP szkoły .....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Semestr			
Czy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną ) Kartę Dużej Rodziny ?			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się takie jakie z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej?			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca ponownie ubiega się o dofinansowanie kosztów opłaty za naukę w ramach danej formy edukacji na poziomie wyższym?			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

<b>Pierwszy kierunek</b>		
Pełna nazwa szkoły:		
<b>Wydział:</b>		<b>Kierunek:</b>
<b>Rok nauki:</b>		<b>Semestr:</b>
<b>Rodzaje kosztów</b>	<b>Koszt ogółem</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł) pomniejszona o udział własny o ile dotyczy</b>
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>Drugi kierunek</b>		
Pełna nazwa szkoły:		
<b>Wydział:</b>		<b>Kierunek:</b>
<b>Rok nauki:</b>		<b>Semestr:</b>
<b>Rodzaje kosztów</b>	<b>Koszt ogółem</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł) pomniejszona o udział własny o ile dotyczy</b>
Oplata za naukę (czesne):		
<b>RAZEM (pierwszy i drugi kierunek)</b>		
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania słownie (RAZEM pierwszy i drugi kierunek):</b> .....		
.....		

Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.

nie     tak:     2 przyczyny     3 przyczyny

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO UCZENI/ SZKOŁY**

**NAZWA UCZELNI/ SZKOŁY** .....

Numer rachunku bankowego

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego** .....

Numer rachunku bankowego

Wnioskodawca **otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli** dofinansowanie (stypendium) **z innych źródeł**, tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych, innych:

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:

## 6. Oświadczam, że:

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR w Przasnyszu oraz, że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) 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,
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu rozwiązywanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 6) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł II” oraz przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd” i procedury realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: [www.pcpr-przasnysz.pl](http://www.pcpr-przasnysz.pl) i [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
- 7) **zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj. PCPR w Przasnyszu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej.**
- 8) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.
- 9) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem (o ile dotyczy).

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jego 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 .....2017r.

(miejscowość)

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		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 wszczyć przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczenie przewodu doktorskiego. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku <b>nie dotyczy</b> osób mających wszczyć 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 Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawione przez pracodawcę zaświadczenie, zawierające informację: a) o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu netto za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, b) okresie zatrudnienia, c) o rodzaju zatrudnienia, d) czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (oryginał do wglądu przez pracownika PCPR w Przasnyszu) <b>Uwaga!</b> <b>Karta Dużej Rodziny</b> – 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<b>Inne załączniki:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka 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: ...../...../ 2017r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna**  **negatywna**

Wniosek uzupełniony w dniu ...../...../ w zakresie

.....

.....

.....

Wniosek kompletny w dniu ...../...../ 2017r.

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

NR: PCPR.613. . . . .2017

pozytywna:  w ramach Modułu II

negatywna:  w ramach Modułu II

### 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):**

.....

### W przypadku wniosku w ramach Modułu II

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:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

..... zł

..... zł

### UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....2017 r.

data

.....

podpisy osoby podejmującej 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: