**Data wpływu:** {DataWyslania}

**Nr sprawy:** {NumerWnioskuUsn}

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 rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego * jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego * jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) * na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie * na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego /**  **niepoświadczonego notarialnie z dnia:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | * pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie * do rozliczenia dofinansowania * do zawarcia umowy * do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku * do złożenia wniosku * inne |

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

# Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  |
| **Numer lokalu:** |  |
| **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:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  |
| **Numer lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Numer telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** | |
| **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:** | * bezterminowo * 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 LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * nieaktywna/y zawodowo * bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)   Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): ……………………   * poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony) * zatrudniony | | | |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC** | | | |
| **Forma zatrudnienia** | **Od dnia** | **Na czas nieokreślony** | **Do dnia** |
|  stosunek pracy na podstawie umowy o pracę |  Zatrudniony od ……... |  Forma zatrudnienia czas nieokreślony |  Zatrudniony do……….. |
|  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |  Zatrudniony od ……... |  Forma zatrudnienia czas nieokreślony |  Zatrudniony do……….. |
|  umowa cywilnoprawna |  Zatrudniony od ……... |  Forma zatrudnienia czas nieokreślony |  Zatrudniony do……….. |
|  staż zawodowy |  Zatrudniony od ……... |  Forma zatrudnienia czas nieokreślony |  Zatrudniony do……….. |
|  działalność gospodarcza |  Zatrudniony od ……... |  |  |
|  działalność rolnicza |  Zatrudniony od ……... |  |  |
|  wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania |  Zatrudniony od ……... |  Forma zatrudnienia czas nieokreślony |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** | | | | | |
| **Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:**   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 Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

* tak  nie

## Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

* 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 (…)”.

………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Wnioskodawca otrzyma/ł na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli (tabela na stronie 8 i kolejnych) dofinansowanie (stypendium celowe, np. na pokrycie kosztów czesnego) 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 otrzyma/ł

**dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

## Czy Wnioskodawca 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 handlowa
* media
* Realizator programu
* PFRON
* inne, jakie: ………………………………….

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:** ………………………………..

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 w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba

hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

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 z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (…), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia

kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

**ŚREDNI DOCHÓD**

**FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU**

**Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:**

 tak  nie

|  |  |
| --- | --- |
| **{NrKierunku}** | |
| * 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:** |  |
| **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:
    1. Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)
    2. Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)
    3. Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
  + Może stanowić do 75 % kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:
    1. Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
    2. Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
  + Może stanowić do 50% kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:
    1. 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 dofi- nansowania, zgodnie z za- sadami programu** | **Kwota wnioskowana** |
| **Podstawowa kwota dodatku (1.155 zł - dla**  **Wnioskodawców pobierających naukę w szkole**  **policealnej lub kolegium, 1.733 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):** | **1.155 zł lub 1.733 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 2024 lub w 2025 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:** | **578zł** |  |
| **Suma:** | **X** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE KIERUNKI)** | |
| **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** |  |

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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  | |  |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy): | | Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu: | |
|  | |  | |

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Kserokopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ( lub orzeczenia równoważnego). |
| 2. | Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych – zał. nr 1 do wniosku |
| 3. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych – zał. nr 2 do wniosku |
| 4. | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki – zał. nr 3 - a w przypadku osób mających wszczętych przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich- dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego |
| 5. | W przypadku wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy wnioskodawca otrzymuje dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki ( jeśli tak to w jakiej wysokości) – zał. nr 4. |