

Pilotażowy Program „AKTYWNY SAMORZĄD” w 2018r.- MODUŁ II

Wniosek o dofinansowanie lub refundację kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – 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.

CZEŚĆ I – INFORMACJE ADRESATA PROGRAMU

A/ Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie – adresata programu

Nazwisko i imię Adresata programu data urodzenia:

PESEL: Dowód Osobisty: Seria nr
wydany w dniu przez

Adres zameldowania:

Kod: Miejscowość: ulica:nr

Adres zamieszkania (zgodnie ze złożonym oświadczeniem):

Kod: Miejscowość: ulica:nr

Adres korespondencyjny:

Kod: Miejscowość: ulica:nr

Telefon stacjonarny: Telefon komórkowy: email:

B/ Dane dotyczące osoby reprezentującej adresata programu, wnioskodawcy – w przypadku osób pełnoletnich nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Nazwisko i imię data urodzenia:

PESEL: Dowód Osobisty: Seria nr
wydany w dniu przez

Adres zameldowania:

Kod: Miejscowość: ulica:nr

Adres zamieszkania:

Kod: Miejscowość: ulica:nr

Adres korespondencyjny:

Kod: Miejscowość: ulica:nr

Telefon stacjonarny: Telefon komórkowy:email:

USTANOWIONY:

*Opiekunem prawnym postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt.....

*Pełnomocnikiem na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.

Repet. Nr

*Wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający

C/ 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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

D/ Rodzaj niepełnosprawności, wynikający z orzeczenia adresata programu

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia słuchu, mowy, głosu	<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku
<input type="checkbox"/> 05-R choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07-S choroby ukł. oddechowego, ukł. Krążenia	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 09-M choroby ukł. moczowo – płciowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I inne schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwoju
<input type="checkbox"/> - orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS – nie określające przyczyny niepełnosprawności			

E/ Informacje dotyczące zdobytego wykształcenia adresata programu

<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:	

F/ Informacje dotyczące aktywności zawodowej adresata programu

(w przypadku zaznaczenia jednej z poniższych pozycji wymagane jest zaświadczenie potwierdzające)

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y	<input type="checkbox"/> zatrudniona/y (umowa o pracę / powołania / wyboru / mianowania / spółdzielczej umowy o pracę / umowa cywilnoprawna / staż zawodowy) UWAGA: <u>dla osób ponoszących opłatę za naukę (czesne) wymagane jest ZAŚWIADCZENIE wystawione przez pracodawcę sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 8 do wniosku</u>
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność rolniczą (miejsce prowadzenia działalności)	<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą NIP..... na podst. wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:.....

G/ Informacje dotyczące wcześniejszych dofinansowań w ramach programów PFRON

Czy Adresat programu otrzymał wcześniej (w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” i/lub programu „STUDENT II” i/lub programu „AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II”:

tak nie

UWAGA: jeżeli adresat programu otrzymał wcześniej (w poprzednich latach), na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” i/lub „STUDENT II” i/lub programu „AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II”, jaka forma/ jakie formy kształcenia była/y dofinansowana/e (**proszę podać wszystkie formy kształcenia dofinansowane przez PFRON ze wskazaniem ilości semestrów/półroczy**)

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie – liczba semestrów/półroczy	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia – liczba semestrów/półroczy	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia – liczba semestrów/półroczy
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe – liczba semestrów/półroczy	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie – liczba semestrów/półroczy	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych – liczba semestrów/półroczy
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim – liczba semestrów/półroczy	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych – liczba semestrów/półroczy	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej – liczba semestrów/półroczy
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej – liczba semestrów/półroczy	<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) – liczba semestrów/półroczy
Oddział (Oddziały) PFRON, który(e) przyznał(y) dofinansowanie:		

H/ Informacje dotyczące korzystania przez adresata programu ze środków PFRON

Czy Adresat programu korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie (w tym poprzez PCPR lub MOPR)?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Uwaga! – Informacja nie dotyczy dofinansowania otrzymanego w ramach programu „STUDENT” lub „STUDENT II” lub programu „AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II”						
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent pomocy (imię i nazwisko)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

CZEŚĆ II – INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

A/ Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

(UWAGA ! Dotyczy dofinansowania **tylko** do bieżącego semestru/roku szkolnego/akademickiego. W przypadku kilku form kształcenia z opłatą za naukę (czesne), **proszę wskazać w kolumnie 1** kierunek studiów/nauki preferowany do dofinansowania w kwocie równej kosztom czesnego)

	1	2	3
PEŁNA NAZWA SZKOŁY			
Ulica i nr posesji			
Kod, miejscowość			
Województwo			
Nr telefonu			
Wydział			
Kierunek nauki			
Rok nauki			
Semestr nauki			
Okres trwania nauki w szkole (ile semestrów)			
- jednolite studia magisterskie, - studia pierwszego stopnia, - studia drugiego stopnia			
- studia podyplomowe, - studia doktoranckie,			
nauka w szkole policealnej, nauka w kolegium pracowników służb Społecznych, nauka w kolegium nauczycielskim, nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych,			
- przeprowadzenie przewodu Doktorskiego, (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)			
- nauka na uczelni zagranicznej, - staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej			
Nauka odbywa się:: - w systemie stacjonarnym, - w systemie niestacjonarnym, - za pośrednictwem Internetu, - inne (jakie?),			
Nauka jest: - odpłatna, - nieodpłatna,			

B/ Forma kształcenia, która ma zostać zrefundowana na podstawie niniejszego wniosku:
(UWAGA! Dotyczy poprzedniego semestru/roku szkolnego/akademickiego)

	1	2	3
PEŁNA NAZWA SZKOŁY			
Ulica i nr posesji			
Kod, miejscowość			
Województwo			
Nr telefonu			
Wydział			
Kierunek nauki			
Rok nauki			
Semestr nauki			
Okres trwania nauki w szkole (ile semestrów)			
- jednolite studia magisterskie, - studia pierwszego stopnia, - studia drugiego stopnia			
- studia podyplomowe, - studia doktoranckie,			
nauka w szkole policealnej, nauka w kolegium pracowników służb Społecznych, nauka w kolegium nauczycielskim, nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych,			
- przeprowadzenie przewodu Doktorskiego, <i>(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)</i>			
- nauka na uczelni zagranicznej, - staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej			
Nauka odbywa się:: - w systemie stacjonarnym, - w systemie niestacjonarnym, - za pośrednictwem Internetu, - inne (jakie?),			
Nauka jest: - odpłatna - nieodpłatna			

Uwaga!

Należy zapoznać się z niniejszymi uwagami przed wpisaniem zakresu rzeczowego i finansowego wnioskowanego dofinansowania lub refundacji.

1. Przykładowe **rodzaje kosztów nauki**, które mogą być dofinansowane oraz **warunki dopuszczające udzielenie pomocy** w ramach MODUŁU II, wymienione zostały w ust. 10-24 „Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu Aktywny samorząd w 2018 r”.
2. Refundacja może dotyczyć kosztów opłaty za naukę (czesne) dotyczących bieżącego roku szkolnego lub akademickiego, niezależnie od daty ich poniesienia.
3. W przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich, przysługuje wyłącznie dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.

C/ Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr/ półrocze) - CZESNE

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt/ dofinansowanie z innych źródeł*	Kwota wnioskowana	Udział własny
Opłata za naukę (czesne): .....zł.....zł.....zł (proszę wskazać pierwszy kierunek studiów)	dofinansowanie	osoby niezatrudnione (czesne do 3 000 zł) .....zł (maks. dofin. 100 %)	<i>nie dotyczy</i>
	refundacja	osoby niezatrudnione (czesne powyżej 3 000 zł) -zł (maks. dofin. 100 %) (dotyczy osób, których dochód nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę**)	<i>nie dotyczy</i>
	.....zł	osoby niezatrudnione (czesne powyżej 3 000 zł) -zł (maks. dofin. 3 000 zł) (dotyczy osób, których dochód przekracza kwotę 583 zł netto na osobę**)	..... zł
	dofinansowanie z innych źródeł: zł	osoby zatrudnione.....zł (maks. dofin. 100 %) (dotyczy osób, których dochód nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę**)	<i>nie dotyczy</i>
	źródło dof.:	osoby zatrudnione 85% zł (maks. dofin. 3 000 zł) (dotyczy osób, których dochód przekracza kwotę 583 zł netto na osobę**)	..... zł
Opłata za naukę (czesne): .....zł.....zł.....zł (proszę wskazać drugi i kolejny kierunek studiów)	dofinansowanie	osoby niezatrudnione 50% zł (dotyczy osób, których dochód nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę**)	50%, tj. .....zł
	refundacja	osoby niezatrudnione 50% zł (maks. dofin. 1 500 zł) (dotyczy osób, których dochód przekracza kwotę 583 zł netto na osobę**)	..... zł
	.....zł	osoby zatrudnione 35% .....zł (dotyczy osób, których dochód przekracza kwotę 583 zł netto na osobę**)	65%, tj. .....zł
	dofinansowanie z innych źródeł: zł	osoby zatrudnione 50% zł (dotyczy osób, których dochód nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę**)	50%, tj. .....zł
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich)	dofinansowanie.....zł	<i>nie dotyczy</i>	<i>nie dotyczy</i>
	refundacja.....zł		
Kwota łącznie	..... zł	..... zł	..... zł

*dofinansowanie 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 lub pracodawcy.

** przez przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

Oświadczam, że:

1/ Mój przeciętny miesięczny dochód w gospodarstwie domowym o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, **przekracza/nie przekracza*** kwoty **583 zł** na osobę.

2/ Ubiegam się o dofinansowanie semestru/półrocza danej formy edukacji na poziomie wyższym, do której **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)*** dofinansowanie(a) ze środków PFRON.

* niewłaściwe skreślić

DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA

	Koszt	Kwota wnioskowana
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia	..... zł	..... zł (do 1.000 zł)
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:		
pobieranie nauki poza miejscem zamieszkania	..... zł	..... zł (do 500 zł)
pobieranie nauki na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiujących w przyspieszonym trybie	..... zł	..... zł (do 300 zł)
wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 r. lub 2018 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	.....zł	..... zł (do 300 zł)
posiadanie aktualnej Karty Dużej Rodziny (należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2017 r., poz. 1832) 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 nie obudowany programem)	<i>nie dotyczy</i>	..... zł (do 300 zł)
<p>Proszę o wskazanie <u>jednego</u> z poniższych:</p> <p><input type="checkbox"/> I adresat programu posiada orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydane na stałe</p> <p><input type="checkbox"/> II adresat programu prowadzi gospodarstwo domowe z dodatkową osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> III adresat programu jest osobą działającą na rzecz środowiska <u>innych</u> osób niepełnosprawnych</p> <p><input type="checkbox"/> IV adresat programu ponosi koszty wynikające z barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się, dotyczy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, - osoby z dysfunkcją narządu wzroku, - osoby z dysfunkcją narządu słuchu. <p>Uwaga! Podpunkt IV dotyczy wyłącznie osób z czasowym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności oraz u osób których w/w dysfunkcje zostaną potwierdzone zaświadczeniem lekarskim</p>	.....zł (do 700 zł )	.....zł (do 700 zł)
Kwota łącznie	..... zł	..... zł

Oświadczam, że:

Rozpoczynam/nie rozpoczynam* naukę/nauki od poziomu (semestru/półroczu) uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON.

* niepotrzebne skreślić

D/ SPOSÓB PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA:

przelew na konto Beneficjenta

imię i nazwisko oraz adres adresata programu:

.....
.....

numer rachunku bankowego

należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwo do korzystania z rachunku innej osoby

E/ Informacje dodatkowe

Czy otrzymane dofinansowanie wpłynie na zmniejszenie lub wyeliminowanie barier ograniczających uczestnictwo wnioskodawcy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. Wyjaśnij dlaczego!

.....
.....
.....

CZEŚĆ III – ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (Adresata programu)– oryginał/y do wglądu;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Kserokopia dowodu osobistego Adresata programu lub/i osoby występującej w jego imieniu – oryginał do wglądu;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Kserokopia Karty Dużej Rodziny – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	W przypadku reprezentowania Adresata programu: - kserokopia dowodu osobistego pełnomocnika, - kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, – oryginały do wglądu; pisemne oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 4 do wniosku),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5	Oświadczenie o liczbie osób w gospodarstwie domowym i o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Oświadczenie/a o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Adresata programu lub osobę go reprezentującą oraz przez inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Zaświadczenie dotyczące realizowanego poziomu kształcenia potwierdzające pobieranie nauki i osiągnięcia w nauce <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 7 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	W przypadku Adresata programu, który jest zatrudniony i ponosi koszty z tytułu opłaty za naukę (czesne) – ZAŚWIADCZENIE wystawione przez pracodawcę <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 8 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	W przypadku gdy Adresat programu prowadzi gospodarstwo domowe wraz z inną osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności domownika (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	W przypadku Adresat programu działającego na rzecz środowiska innych osób niepełnosprawnych – np. zaświadczenie potwierdzające prowadzenie kursu, szkolenia, warsztatu dla osób niepełnosprawnych, wypis z KRS potwierdzający zasiadanie we władzach Stowarzyszenia, Fundacji, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	W przypadku Adresata programu, który został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – zaświadczenie potwierdzające straty materialne w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, włamanie) przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	W przypadku adresata programu, który ponosi dodatkowe koszty wynikające z barier w poruszaniu się (osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich lub osoby z dysfunkcją narządu wzroku) lub barier w komunikowaniu się (osoby z dysfunkcją narządu słuchu)- zaświadczenie lekarskie <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 2f do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	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"/>	

CZEŚĆ IV – OŚWIADCZENIA ADRESATA PROGRAMU LUB OSOBY GO REPREZENTUJĄCEJ (pełnomocnika)

1. Oświadczam, że **zapoznałam(em) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl
2. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** wymagalne zobowiązania wobec PFRON.
3. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu.
4. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam / nie dotyczy** środki(ów) finansowe(ych) na pokrycie udziału

własnego zgodnie z zapisami programu.

5. Oświadczam, że środki finansowe na pokrycie udziału własnego **będą / nie będą / nie dotyczy** pochodziły ze środków PFRON.
6. Oświadczam, że **nie przerwałem / przerwałem** nauki/ę z powodu
7. Oświadczam, że **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że korespondencja zaadresowana zgodnie z informacjami podanymi we wniosku, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
8. Oświadczam, że **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż złożenie niniejszego wniosku 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.
9. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am) / nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
10. Oświadczam, że **nie ubiegam się / nie będę ubiegać się / ubiegam się i będę** w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem **innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) ani innego urzędu**.
11. Oświadczam, że moim **miejszem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest**
Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.
- o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu;
- można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.
12. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym WNIOSKU odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy.
13. Jeżeli z przyczyn niezależnych od Wnioskodawcy (opisanych przez Wnioskodawcę we wniosku) nie jest możliwe załączenie do wniosku dokumentów, o których mowa w części III (Tabela – str. 8,9) **dopuszcza się** możliwość przedłożenia tych dokumentów w terminie późniejszym, uzgodnionym z Realizatorem programu.

Chęlmno dnia
Data

.....
Podpis *

* Adresat programu 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.