



Data wpływu:

Nr sprawy:

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

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

#### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Ulica:</b>	

<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- średnie ogólne  
 średnie zawodowe  
 policealne  
 wyższe  
 inne, jakie:

### DANE 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.*

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	

<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność do pracy:</b>	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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
<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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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)  
 działalność gospodarcza  
 działalność rolnicza  
 zatrudniony

### Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

staż zawodowy

## 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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

**Wnioskodawca otrzymał 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 otrzymał 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:

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

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

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;*

*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).*

## FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

tak  nie

### I. Kierunek

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie<br><input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia podyplomowe<br><input type="checkbox"/> studia doktoranckie<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim<br><input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej<br><input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej<br><input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)<br><input type="checkbox"/> szkoła doktorska |
|---|--|

Nazwa pola	Zawartość
<b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok akademicki/szkolny:</b>	
<b>Semestr nauki:</b>	
<b>Data rozpoczęcia semestru:</b>	
<b>Data zakończenia semestru:</b>	
<b>Liczba semestrów ogółem na kierunku:</b>	
<b>Data rozpoczęcia nauki na kierunku:</b>	
<b>Data zakończenia nauki na kierunku:</b>	
<b>Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:</b>	



**DANE UCZELNI/SZKOŁY****I. Kierunek**

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> 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:	

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)**

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
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

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

**Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:** tak  nie

<b>Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia</b>	<b>Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu</b>	<b>Kwota wnioskowana (nie może być wyższa od kwoty maksymalnej)</b>
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:	800 zł	
Podstawowa kwota dodatku (1.000 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.500 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):	1000 zł lub 1500 zł	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	700 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	500 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	300 zł	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	200 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2019 lub w 2020 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	300 zł	
<b>Suma:</b>	<b>X</b>	

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie maksymalnej 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 maksymalnej w przypadku gdy:

- a) Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
- b) Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 50% kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji.

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

## II. Kierunek

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie<br><input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia<br><input type="checkbox"/> studia podyplomowe<br><input type="checkbox"/> studia doktoranckie<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych<br><input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim<br><input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej<br><input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej<br><input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)<br><input type="checkbox"/> szkoła doktorska |
|---|--|

Nazwa pola	Zawartość
<b>System niestacjonarny:</b>	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
<b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok akademicki/szkolny:</b>	
<b>Semestr nauki:</b>	
<b>Data rozpoczęcia semestru:</b>	
<b>Data zakończenia semestru:</b>	
<b>Liczba semestrów ogółem na kierunku:</b>	
<b>Data rozpoczęcia nauki na kierunku:</b>	
<b>Data zakończenia nauki na kierunku:</b>	
<b>Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:</b>	

## DANE UCZELNI/SZKOŁY

### II. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
<b>Rodzaj uczelni:</b>	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna

<b>Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak  nie

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

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

tak  nie

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

### III. Kierunek

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie                  | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej   |
| <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia                      | <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej   |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia                        | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej                                      |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                             | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                            | <input type="checkbox"/> szkoła doktorska   |
| <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 |   |

Nazwa pola	Zawartość
<b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Rok akademicki/szkolny:</b>	
<b>Semestr nauki:</b>	
<b>Data rozpoczęcia semestru:</b>	
<b>Data zakończenia semestru:</b>	
<b>Liczba semestrów ogółem na kierunku:</b>	
<b>Data rozpoczęcia nauki na kierunku:</b>	
<b>Data zakończenia nauki na kierunku:</b>	
<b>Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:</b>	

### DANE UCZELNI/SZKOŁY

#### III. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
<b>Rodzaj uczelni:</b>	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
<b>Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:</b>	

<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

### WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
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
<b>Całkowity koszt opłaty za naukę:</b>	
<b>Udział własny:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania razem:</b>	
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:</b>	

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Średnia ocen w poprzednim semestrze w ramach wszystkich form edukacji i kierunków:</b>	

**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
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

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



.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w.....

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Nauka trwa ..... semestry/ów  
(podać liczbę semestrów)

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok/semestr 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

Nauka odbywa się w trybie przyspieszonym:  tak  nie

Nauka odbywa się w toku spowolnionym:  tak  nie

### Forma kształcenia:

<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"/> kolegium .....
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) 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 jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....  
data, podpis

**Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:.....

(imię i nazwisko)

oraz (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić) mojego dziecka/podopiecznego: .....

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

.....  
(adres, miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: PILOTAŻOWY PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz.1000).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel.46 864 18 01, adres email:pcprsoch@powiatsochaczew.pl

2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: [pcprsoch@powiatsochaczew.pl](mailto:pcprsoch@powiatsochaczew.pl)

3. Celem zbierania danych jest: DOFINANSOWANIE W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”

4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.

7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie

10. Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Sochaczewie przy ul. Piłsudskiego 65 (administratora danych) 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.

*Niniejszą klauzulę 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.*

**Załączniki do wniosku:**

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- zaświadczenie z uczelni/szkoły,
- klauzula informacyjna zgodna z RODO
- fakultatywnie: informacja o poniesionych kosztach (ze szkoły/uczelni),
- fakultatywnie: informacja o zaliczeniu semestru (ze szkoły/uczelni).

Informacje dodatkowe (np. Karta Dużej Rodziny) – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW,
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.