Wniosek złożono w ..... w dniu	Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - *wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu*

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

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.

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..... **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Stan cywilny**: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)
Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ ..... (poczta)	Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐..... (poczta)
Miejscowość	Miejscowość .....
Ulica	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo	Powiat .....
☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś	Województwo .....
Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):	**Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (*o ile dotyczy*): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - **Realizator programu** ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz pcprkolno@pcprkolno.pl

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

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ **obu** kończyn górnych ☐ **jednej** kończyny górnej

☐ **obu** kończyn dolnych ☐ **jednej** kończyny dolnej ☐ innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O** ☐ **osoba niewidoma** ☐ **osoba głuchoniewidoma**	**Lewe oko:** Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	**Prawe oko:** Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe	☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - **OSOBA GŁUCHA**	☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego	☐ 11-**I** inne
☐ 02-**P** choroby psychiczne	☐ 06-**E** epilepsja	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego	☐ 10-**N** choroby neurologiczne	☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:**.....

posiadający status ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy** (i nie pozostający w zatrudnieniu)

☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**.....

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

Na podstawie : ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę (okres nie krótszy niż trzy miesiące) ☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej (zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy/okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się/) ☐ staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)	Nazwa pracodawcy: ..... Adres miejsca pracy: .... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

☐ **działalność gospodarcza** **(**w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej) **Nr NIP:**	☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **dokonanego w urzędzie:** ..... ☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**.....
☐ **działalność rolnicza** (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników)	**Miejsce prowadzenia działalności**: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	**Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
				Razem uzyskane dofinansowanie:		

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

3. 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:		
☐ 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 na uczelni zagranicznej	☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)
Okres trwania nauki w szkole.....*(ile semestrów)*	Data rozpoczęcia nauki/studiów	
Nauka odbywa się w systemie**:** ☐ **stacjonarnym** ☐ **niestacjonarnym** ☐ **nie dotyczy**		
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu**:** ☐ **tak** ☐ **nie**		
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia**:** ☐ **tak** ☐ **nie**		

Pełna nazwa szkoły: .....

Miejscowość	**Ulica**	**Nr posesji**	**Kod pocztowy**	
Powiat	**Województwo**	**Nr telefonu**	**adres http://www**	
Wydział	**Kierunek nauki**	**Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:**	**Rok nauki**	**Semestr nauki**
		☐ **tak** ☐ **nie**		
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)				☐ **tak** ☐ **nie**

4. Uzasadnienie wniosku **(wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu)**

.....

.....

.....

.....

.....

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	**Koszt (w zł)**	**Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł***	**Udział własny*****	**Kwota wnioskowana (w zł)**
Opłata za naukę (czesne): .....**				
Opłata za naukę (czesne): .....**				
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich				
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia				
Wnioskuję o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z uwagi na****:				
- ponoszenie dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się (*pomoc tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej)* lub inne *(proszę wymienić jakie)*.....				
- ponoszenie kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania				
- posiadanie Karty Dużej Rodziny				
- pobieranie nauki jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach studiów /nauki.				
Razem				

* *tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania*

** *należy wpisać kierunek studiów/nauki*

*****dotyczy zatrudnionych wnioskodawców i wynosi(15% w przypadku jednej formy kształcenia na poziomie wyższym- na jednym kierunku; w przypadku więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) 65%.)*

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* (*lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich)* **na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**

.....

numer rachunku bankowego ..... ***(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)***

nazwa banku .....

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

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel w roku 2016 za pośrednictwem innego Realizatora,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprkolno.pl
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
7. nie naruszyłem(am) warunków umowy dofinansowania ze środków PFRON (m.in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy), a w przypadku naruszenia doprowadziłem do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu finansowego,
9. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego (dotyczy osób zatrudnionych)
10. aktualnie nie mam przerwy w nauce (urlop dziekański, urlop zdrowotny).

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.

……, …… ……

miejsce **data** **podpis Wnioskodawcy**

7. Załączniki

	Nazwa załącznika	**WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU** *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
2.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)*	☐	☐	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku*) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. ***Uwaga!*** *Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia* ***odrębny dokument*** *dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku* ***nie dotyczy*** *osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.*	☐	☐	
6.	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	☐	☐	
7.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*).	☐	☐	
8.	Informacja o uzyskanej pomocy ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku*).	☐	☐	
9.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny(o ile dotyczy)	☐	☐	
10.	Oświadczenie o ponoszeniu kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania			
11.	Inne załączniki (należy wymienić)	☐	☐	
12.		☐	☐	
13.		☐	☐	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczątki 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	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:	...../ ...../ 20.... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	☐ **pozytywna** ☐ **negatywna**
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	☐ - tak ☐ - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	☐ - tak ☐ - nie

pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*
data, podpis:	*data, podpis:*

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

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.

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1**	☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1**
..... zł	..... zł	..... zł
☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2**
..... zł	..... zł	..... zł
☐ **Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4**	☐ **Moduł I Obszar D**
..... zł	..... zł	..... zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2	
Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	..... zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4	
Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	..... 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:

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

data podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę	*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*
data, podpis:	*data, podpis:*