

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

data wpływu wniosku do PCPR

 Numer kolejny wniosku .................

 DRON.4353.4. .2019

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

w ramach programu „Aktywny Samorząd” – Moduł II – 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.

 (należy zaznaczyć właściwe zadanie przez zakreślenie pola )

**CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko..................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

**KONTAKT TELEFONICZNY**: nr kier........... Nr telefonu ................................................

Nr tel. komórkowego: ............................................

e’mail (*o ile dotyczy*): .................................................................

# **POSIADANE ORZECZENIE - WAŻNE DO DNIA: ………………………………..**

* o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

* **01-U** – upośledzenie umysłowe
* **02-P** – choroby psychiczne
* **03-L** – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
* **04-O** – choroby narządu wzroku
* **05-R** – upośledzenie narządu ruchu
* **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 schorzenia, w tym: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźnie i odzwierzęce, choroby układu krwiotwórczego i inne
* **12-C** – całościowe zaburzenia rozwojowe

|  |  |
| --- | --- |
| 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.  | nietak:2 przyczyny3 przyczyny niepełnosprawności  |

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU:**

- media - Realizator programu

- PFRON - inne, jakie:

|  |
| --- |
|  **ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY**  |
|  **niezatrudniona**   **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** |
|  **zatrudniona/y: od dnia:**...................... **do dnia:** .......................................... **na czas nieokreślony inny, jaki: ....................................................** | **Nazwa pracodawcy**: .................................................**Adres miejsca pracy**: .............................................................................................................................................................................................................................................. |
| **Zatrudnienie – należy przez to rozumieć:**stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące, zatrudnienie na podstawieumowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy /okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się/staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20.04.2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Okresy zatrudnienia Wnioskodawcy w ramach ww. stażu mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia,działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników /tj.: z 2017 r., poz. 2336z późn. zm./,działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców /tj.: Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm./ | ....................................................................................**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**  |
|  |  |

***2.* INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W OSTATNICH TRZECH LATACH: 2018, 2017, 2016**

|  |
| --- |
| tak nie  |
| **Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia** | **Wysokość otrzymanego dofinansowania(w zł)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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. Informacja o ukończonych formach kształcenia w ramach udzielonego dofinansowania ze środków PFRON(Student/Aktywny Samorząd)**

**Absolwent**- osoba, która w danym roku ukończyła wybrany przez siebie poziom edukacji (zgodnie z przewidzianym

 trybem)

|  |
| --- |
| *Forma kształcenia, liczba semestrów /Absolwenci/* |
|  absolwent szkoły policealnej absolwent kolegium |  |  |
|  absolwent szkoły wyższej- I stopnia - II stopnia - jednolite studia magisterskie  |  absolwent studiów podyplomowych |  absolwent studiów doktoranckich |
|  w systemie stacjonarnym |  w systemie niestacjonarnym /wieczorowym, zaocznym, eksternistycznym, przez Internet/ |  |
|  staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej |  |
|  |  |
| Data zakończenia nauki/studiów **.............................................................................................** Okres trwania nauki w szkole/uczelni**......................................................................................*(ile semestrów)***  |
| **Pełna nazwa szkoły:** ..................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………….................................. |
|  |
| **Miejscowość** | **Ulica** | **Nr posesji** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |  |
| **Powiat** | **Województwo** | **Nr telefonu** | **adres http://www** |
|  |  |  |  |
| **Wydział** | **Kierunek nauki** | **Wnioskodawca pobierał naukę odpłatnie:** | **Rok nauki** | **Semestr nauki** |
|  |  |  **tak nie** |  |  |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) |  **tak**  **nie** |

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON łącznie w ramach ……………..... semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym (podać liczbę semestrów).**  |

|  |
| --- |
| *Przerwana forma kształcenia na poziomie wyższym w ramach dofinansowania ze środków PFRON* *(Student/Aktywny Samorząd)* |
|  urlop nie zgłoszono się po ponowne dofinansowanie ze środków PFRON kontynuacja nauki na innym kierunku pogorszenie się stanu zdrowia  brak aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności inne przyczyny (jakie)?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
|  |  |

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II**

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach dwóch i więcej** form kształcenia na poziomie wyższym

 TAK NIE

*Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.*

|  |
| --- |
| *Forma kształcenia, wnioskowana o dofinansowanie na podstawie niniejszego wniosku:* |
|  szkoła policealna kolegium |  |  |
|  szkoła wyższa- I stopnia - II stopnia - jednolite studia magisterskie  |  studia podyplomowe  |  studia doktoranckie wszczęty przewód doktorski – nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich |
|  w systemie stacjonarnym |  w systemie niestacjonarnym /wieczorowym, zaocznym, eksternistycznym, przez Internet/ |  |
|  staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej |  |
|  |  |
| **Postępy w nauce:**Data rozpoczęcia nauki/studiów **.............................................................................................** Okres trwania nauki w szkole**......................................................................................*(rok nauki, ile semestrów)***  |
| **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** |

|  |
| --- |
|  |

***5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły** **lub na poszczególne kierunki** | **Koszt ogólny(w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** | **Udział własny**  | **Dofinansowanie z innych źródeł niż PFRON \*** |
| Opłata za naukę (czesne) |  |  |  |  |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia |  |  |  |  |
|  Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z powodu: |
| 1. Barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu lub niepełnosprawności sprzężonej lub średniej ocen równej lub wyższej niż 4.20
 |  |  |  |  |
| 1. Pobierania nauki poza miejscem zamieszkania
 |  |  |  |  |
| 1. Posiadania /ważnej/ Karty Dużej Rodziny
 |  |  |  |  |
| 1. Pobierania nauki jednocześnie na dwóch /lub więcej/ kierunkach
 |  |  |  |  |
| 1. Studiowania w przyspieszonym trybie
 |  |  |  |  |
| 6. Poszkodowania w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych |  |  |  |  |
| 1. Korzystania z usług tłumacza języka migowego
 |  |  |  |  |
| Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego |  |  |  |  |
| **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*

***6. Informacje uzupełniające***

|  |
| --- |
| **Średnia ocen**: ........................, w skali: - (od 1 do 5) - innej, jakiej:...................................................................................................*Przez średnią ocen należy rozumieć średnią wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (jako średnią arytmetyczną), na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny), którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń); w przypadku studentów pobierających naukę na  pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia* |
| Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | nietak |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
4. 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,
5. 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](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych RODO) informuję, iż:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: 62 735 51 52, fax.: 735 02 05,** **e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl****,** [**www.pcpr.powiat-ostrowski.pl**](http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl)**, a współadministratorem Wielkopolski Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w: 60-573 Poznań, ul. Lindego 6, tel.: (61) 66 64 617, e-mail:** **poznan@pfron.org.pl.**
2. **Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: 62 62 735 51 52, fax.: 735 02 05** **e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl****.**
	* **dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c)
	rozporządzenia RODO, co oznacza iż przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,**
	* **w celach archiwalnych.**
3. **Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.**
4. **Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz** innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa
5. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.**
6. **Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:**
	* **żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,**
	* **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,**
	* **wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

**7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| 1... | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |   |   |  |
|  2 | Oświadczenie o wysokości dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym  |   |   |  |
|  3 | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 2 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 2 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.\** |   |   |  |
| 4 | 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 |   |   |  |
| 5 | Wystawione przez pracodawcę oświadczenie, potwierdzające zatrudnienie /na dowolnym druku/, wraz z informacją, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki /jeżeli tak to w jakiej wysokości/ |   |   |  |
| 6 | Dowód osobisty do wglądu |   |   |  |
| 7 | Kserokopia aktualnej /ważnej / Karty Dużej Rodziny |   |   |  |
| 8 | Oświadczenie m.in. o formie dofinansowania i czasie trwania nauki/ wg wzoru określonego w załączniku nr 3 |   |   |  |
|  9 | Oświadczenie wnioskodawcy o ponoszeniu dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się wg wzoru określonego w załączniku nr 4 wniosku |   |   |  |
|  10 | Oświadczenie dotyczące miejsca zamieszkania wnioskodawcy, wg wzoru określonego w załączniku nr 5 |   |   |  |
|  11 | Oświadczenie, iż Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych 1 |   |   |  |
|  12 | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |

1. **osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:

 a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawieart. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r. poz. ), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), a także,

 b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

 **Wniosek przyjęłam/em**

 **..............................................................................**

 Data oraz pieczątka i podpis pracownika DRON

**CZĘŚĆ B – 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 oceniających wniosek merytorycznie  | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)  | 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 w zakresie pkt: ........................................................................... |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| **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):** |
| **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: |
|  |  |
|  **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| .………………………………………. …………………………………………… data podpisy osoby podejmującej decyzję |

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

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

 *data, podpis:*