

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”

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<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 <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

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

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY
DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

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

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	

Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne 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

<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne: <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	
Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<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)
 zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:

tak nie

Data otrzymania dofinansowania (dzień, miesiąc, rok)	Rok studiów	Semestr	Forma studiów	Wydział	Kierunek

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie do edukacji w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie):

tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Wnioskodawca 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 dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

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 <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"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej <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) <input type="checkbox"/> szkoła doktorska
---	--

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

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):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	

Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:

Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.

tak nie

DANE UCZELNI/SZKOŁY**Inny kierunek**

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	

Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

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

tak nie

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

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

tak nie

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- *Może być równa kwocie wnioskowanej w przypadku gdy:*
 - a) *Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)*
 - b) *Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)*
 - c) *Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji*
- *Może stanowić do 75 % kwoty wnioskowanej 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 wnioskowanej 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.

Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia	Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu	Kwota wnioskowana
Podstawowa kwota dodatku (1.100 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.650 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):	1100 zł lub 1650 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wniosek o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW – wsparcie jednorazowe, tylko dla Wnioskodawców, którzy korzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy:	880 zł	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	770 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	550 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny:	330 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	330 zł	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	220 zł	

Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2022 lub w 2023 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	330 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	330 zł	
Zwiększenie w przypadku, gdy wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:	550zł	
Suma:	X	

II. Kierunek

<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"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej <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) <input type="checkbox"/> szkoła doktorska <input type="checkbox"/> seminarium doktoranckie
---	--

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

DANE UCZELNI/SZKOŁY

II. 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:	

Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:

Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.

tak nie

DANE UCZELNI/SZKOŁY**Inny kierunek**

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

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

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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:	

III. Kierunek

<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"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej <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) <input type="checkbox"/> szkoła doktorska
---	--

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

DANE UCZELNI/SZKOŁY

III. 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:	

Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:

Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.

tak nie

DANE UCZELNI/SZKOŁY**Inny kierunek**

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

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

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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
Całkowity koszt opłaty za naukę:	
Udział własny:	
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:	
Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:	
Wnioskowana kwota dofinansowania razem:	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Średnia ocen:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Plik

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

<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.....
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)

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

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:* tak / nie

Jeśli tak to który semestr/ półrocze i ile razy?.....

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 / za pośrednictwem internetu

Czy Pan/Pani korzysta ze spowolnienia toku studiów:* tak / nie

Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie:* tak / nie

Forma kształcenia:**

jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia	studia drugiego stopnia
studia podyplomowe	studia doktoranckie	kolegium pracowników służb społecznych
kolegium nauczycielskie	nauczycielskie kolegium języków obcych	szkoła policealna
staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

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 / półrocza (dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia semestru / półrocza (w tym sesja egzaminacyjna) (dzień, miesiąc, rok)

* niepotrzebne skreślić

** właściwe podkreślić

*** jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni

data i podpis

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Lipsku,
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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, www.pcprlipisko.samorząd.pl, a także w siedzibie PCPR w Lipsku,
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 w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR lub informacji w systemie SOW oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. oświadczam, że dane zawarte we wniosku są aktualne.

*Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni*

....., dn.

.....

Podpis oświadczającego

**niepotrzebne skreślić*

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE
Wydane przez Zakład Pracy

Pan/Pani

zamieszkały/a w

nr PESEL

jest zatrudniony/a w.....

.....
(nazwa, adres i tel. kontaktowy Zakładu Pracy)

Na podstawie:*

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
na czas nieokreślony/ określony od dnia: do dnia:
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- umowy cywilnoprawne *(pierwsza umowa/kontynuacja)
- staż zawodowy

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:*

- tak, w wysokości..... złotych
- nie

* *właściwe podkreślić*

.....
Data i czytelny podpis

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **jestem zatrudniona/y** i posiadam udział własny, w ramach jednej formy kształcenia w wysokości 15% wartości czesnego tj.złoty, zgodnie z pilotażowym programem „Aktywny Samorząd” , Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym .

O zmianach zaistniałych, w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni.

....., dn.

.....
Podpis oświadczającego

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **jestem zatrudniona/y** i posiadam udział własny, w ramach kolejnej formy kształcenia w wysokości 65% wartości czesnego tj.złoty, zgodnie z pilotażowym programem „Aktywny Samorząd” , Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym .

O zmianach zaistniałych, w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni.

....., dn.

.....
Podpis oświadczającego

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **nie jestem zatrudniona/y** i posiadam udział własny, w ramach kolejnej formy kształcenia w wysokości 50% wartości czesnego tj. złotych, zgodnie z pilotażowym programem „Aktywny Samorząd” , Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym .

O zmianach zaistniałych, w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni.

....., dn.

.....
Podpis oświadczającego

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU, W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH

Ja niżej podpisany/a zamieszkały(a)

imię i nazwisko

.....PESEL.....,

miejsowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, poczta

oświadczam, że: (właściwe należy zaznaczyć)

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe* i przeciętny miesięczny dochód*** (netto) wynosi zł.
- prowadzę wspólne gospodarstwo domowe i** przeciętny miesięczny dochód*** (netto) wynosi zł, tj. zł na osobę.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

....., dnia.....r.

miejsowość

czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

***samodzielne gospodarstwo domowe** – gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

****wspólne gospodarstwo domowe** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

*****przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 615 z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, 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 2020 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2022 r. - M.P.2022, poz. 913), według wzoru: $[(3\ 288\ \text{zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

W szczególności do dochodu nie wliczane są:

- świadczenie wychowawcze 500+
- 500 + dla niepełnosprawnych
- zasiłek pielęgnacyjny
- świadczenie pielęgnacyjne
- zasiłek rodzinny
- 13 i 14 emerytura
- Rodzinny Kapitał Opiekuńczy
- zasiłek osłonowy na prąd

Uwaga do dochodu wliczamy nagrody, fundusz socjalny z pracy.

Przykłady: Przykład 1. Osoba mieszkająca sama składa wniosek w styczniu. Dochód w październiku wynosił 1400 zł, w listopadzie 1600 zł, w grudniu 1800 zł – do wniosku należy wpisać miesięczny dochód w wysokości: 1600 zł (tj. 4800 zł / 3 miesiące);

Przykład 2. Osoba mieszkająca z współmałżonkiem i jednym dzieckiem składa wniosek w styczniu. Łączny dochód rodziny wyniósł w październiku 2000 zł, w listopadzie 3000 zł, w grudniu 4000 zł – do wniosku należy wpisać miesięczny dochód w wysokości: 1000 zł (tj. 9000 zł / 3 miesiące / na 3 osoby).

* Należy podawać kwoty „netto”, bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego oraz po odliczeniu podatku dochodowego i składki zdrowotnej.

Uwaga: W przypadku ujawnienia podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana, a wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu. Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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.U.U.E.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lipsku (ul. Hłżecka 6, 27-300 Lipsko, telefon kontaktowy: 48 378 10 11).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.

10) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej oraz znane mi są przysługujące prawa ochrony moich danych osobowych.

.....

(miejsowość data)

.....

(czytelny podpis)

Załącznik Nr 9 do wniosku M II

....., **dnia**.....

(miejsowość)

OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Ja, niżej podpisana/podpisany,

nr PESEL lub oznaczenie dowodu osobistego w przypadku braku

PESEL, jako Pełnomocnik mego

Mocodawcy:.....,

(imię i nazwisko Mocodawcy)

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

.....

(podpis Pełnomocnika)