

**ZARZĄDZENIE  
PREZYDENTA MIASTA ŻORY**

OR ~~0050.665.2017~~  
Z DNIA ~~10.05.2017~~.....

w sprawie przyjęcia zasad przyznawania dofinansowań w ramach Modułu II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” realizowanego w Mieście Żory w 2017 roku.

Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.), Uchwały nr 5/2017 Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 24 stycznia 2017 r. w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów programu „Aktywny samorząd” w 2017 roku, Uchwały nr 15/2013 zarządu PFRON z dnia 22 lutego 2013 roku w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” z późn. zm., w związku z Aneks nr 12 do Umowy nr AS3/000036/12/D z dnia 29 kwietnia 2013 roku w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zawartym w dniu 19 kwietnia 2017 roku,

**ZARZĄDZAM**

§ 1

Zatwierdzić zasady dotyczące przyznawania dofinansowań w ramach Modułu II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” realizowanego w Mieście Żory w 2017 roku, w brzmieniu określonym w załączniku Nr 1 do Zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierzam Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZYDENT MIASTA

  
Waldemar Socha

RADCA PRAWNY  
Kt 2246  
  
Arkadiusz Marecki

Zasady przyznawania dofinansowań w ramach Modułu II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” realizowanego w Mieście Żory w roku 2017.

## § 1

O dofinansowanie ze środków Funduszu w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym, mogą się ubiegać osoby niepełnosprawne, zgodnie z zasadami przyjętymi przez Zarząd PFRON pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu „Aktywny samorząd” w 2017 roku oraz „Zasadami dotyczącymi wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” stanowiący Załącznik nr 1 do uchwały nr 14/2014 Zarządu PFRON z dnia 21 lutego 2014 r.

## § 2

### **Tryb składania i rozpatrywania wniosków o przyznanie dofinansowania**

1. Warunkiem uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie jest pisemne złożenie wniosku wraz z załącznikami do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach - stanowiącym załącznik nr 1 do zasad.
2. Wnioski o dofinansowanie ze środków Funduszu w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” Moduł II przyjmowane są przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach adekwatnie do organizacji roku akademickiego/szkolnego:
  - 1) I nabór - do 30 marca 2017 r. (dla wniosków dotyczących roku szkolnego/akademickiego 2016/2017),
  - 2) II nabór - do 10 października 2017 r. (dla wniosków dotyczących roku szkolnego/akademickiego 2017/2018).
3. Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpłynięcia do MOPS w Żorach, a w przypadku wniosku składanego drogą pocztową, datę stempla pocztowego.
4. Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
5. MOPS w Żorach w terminie 10 dni od daty złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę, który złożył wniosek o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny być usunięte w terminie 30 dni od dnia odebrania wezwania. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
6. Rozpatrywanie wniosków będzie następowało w terminie do 30 dni roboczych od daty złożenia kompletnego wniosku i obejmuje weryfikację formalną, podjęcie decyzji w sprawie przyznania dofinansowania bądź odmowie przyznania dofinansowania. W terminie 7 dni od dnia podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania bądź odmowie przyznania dofinansowania, nastąpi przygotowanie i obustronne podpisanie umowy o przyznaniu dofinansowania lub wysłania pisma informującego o decyzji odmownej.
7. Warunkiem uruchomienia procedury rozpatrywania wniosków jest zabezpieczenie przez PFRON środków finansowych dla Realizatora programu.
8. Prawidłowo zaadresowana korespondencja do Wnioskodawcy, zgodnie z adresem podanym we wniosku, która mimo dwukrotnego awizowania nie zostanie przez Wnioskodawcę odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
9. Dokumenty dostarczane do MOPS w Żorach przez Wnioskodawców, będą rejestrowane w dzienniku korespondencyjnym i opatrzone pieczętą z datą wpływu. W przypadku, gdy Wnioskodawca okazuje oryginał dokumentu, sporządzana jest kopia i potwierdzona „za zgodność z oryginałem” przez pracownika i opatrzona pieczętą z datą wpływu.
10. Złożone wnioski podlegają weryfikacji formalnej, a nie merytorycznej.
11. Czynności związane z weryfikacją wniosku będą rejestrowane w odpowiednich rubrykach formularza wniosku. Zakończenie i efekt tych czynności potwierdzać będą pieczętki, daty i podpisy właściwych pracowników.
12. Oceny formalnej wniosku dokonuje się na formularzu „Deklaracja bezstronności. Weryfikacja formalna wniosku” stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszych zasad.

13. W ramach modułu II kwota dofinansowania poniesionych kosztów nauki na semestr/półrocze jest określona w „Kierunkach działań oraz warunkach brzegowych obowiązujący realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2017 roku”.
14. Aby wsparciem objąć wszystkich Wnioskodawców, których wnioski zostały pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym, Realizator ma prawo obniżyć zakres i wysokość dofinansowania do poziomu, jaki wynika z wysokości kwot wnioskowanych we wszystkich wnioskach (zapotrzebowania) i kwoty przeznaczonej na realizację programu. W sytuacji takiej wysokości dofinansowania będzie wynosiła:

$$Pdof. = \frac{Tr. PFRON \times 100\%}{\sum KD}$$

*Pdof.* – procent realnego (możliwego) dofinansowania

*Tr. PFRON* – transza środków przekazanych Realizatorowi przez PFRON

$\sum KD$  – suma [maksymalnej kwoty dofinansowania do kosztów kształcenia po odjęciu obowiązkowego wkładu własnego oraz maksymalnej kwoty przysługujących dodatków] wszystkich wnioskodawców

15. Decyzję o przyznaniu lub bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje Realizator, zgodnie z posiadanym doświadczeniem i wiedzą oraz na podstawie zasad określonych w programie i dokumencie dotyczącym kierunków działań programu oraz warunków brzegowych obowiązujących Realizatorów w danym roku.
16. Podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej dofinansowania są informacje aktualne na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem wniosków Wnioskodawców zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych - w tym przypadku podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania dofinansowania są informacje aktualne na dzień uzupełnienia wniosku.
17. Kwota dofinansowania nie może być wyższa niż kwota wnioskowana przez Wnioskodawcę.

### § 3

#### **Umowa dofinansowania i jej rozliczenie**

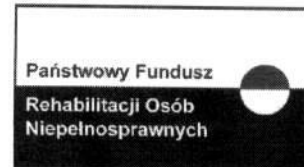
1. Decyzja o przyznaniu dofinansowania jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.
2. W przypadku przyznania dofinansowania realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Realizatorem i Wnioskodawcą.
3. Szczegółowe warunki realizacji dofinansowania zostaną określone w indywidualnych umowach zawieranych z beneficjentami pomocy w każdym obszarze realizacji programu.

PREZYDENT MIASTA

Waldemar Socha

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

Załącznik nr 1

**WNIOSEK - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu**  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego 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 właściwy obszar przez zakreślenie pola )

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić czytelnie wszystkie pola drukowanymi literami**

| DANE PERSONALNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nazwisko.....                                | Data urodzenia .....r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Dowód osobisty seria ..... numer .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                              | wydany w dniu.....r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| przez.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                               |                                              | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zameżna/zonaty                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b><br>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....<br>Województwo .....<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś |                                              | <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)<br>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Nr domu ..... nr lokalu .....<br>Powiat .....<br>Województwo ..... |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                              | Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....<br>nr tel. komórkowego:.....<br>e'mail (o ile dotyczy): .....                                                                                                                                                                                                                                        |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:                                                                                                                                                         |
| STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

### 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):

- |                                                             |                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                          |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja                                                                                 | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

Zarejestrowany w PUP jako:  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

- zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:.....  
 na czas nieokreślony  inny, jaki: .....  
 niezatrudniona/y

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

**działalność gospodarcza**

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

Nr NIP: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

**działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności: .....

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

- |                                         |                                           |                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe     | <input type="checkbox"/> gimnazjalne      | <input type="checkbox"/> zawodowe   |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe         | <input type="checkbox"/> inne, jakie:     |                                     |

## 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 MOPS?

tak  nie



Pełna nazwa szkoły: .....

|             |             |             |                  |
|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Miejscowość | Ulica       | Nr posesji  | Kod pocztowy     |
| Powiat      | Województwo | Nr telefonu | adres http://www |

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:  tak  nie

Wydział: .....

Kierunek nauki: .....

Rok nauki: ..... Semestr nauki: .....

## 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

| Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki                              | Koszt (w zł) | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* | Udział własny (dot. osób zatrudnionych) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Opłata za naukę (czesne – pierwszy kierunek):<br>.....**                                                 |              |                                                        | 15%<br>= .....zł                        |                          |
| Opłata za naukę (czesne – kolejny kierunek):<br>.....**                                                  |              |                                                        | 65%<br>= .....zł                        |                          |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego (osoby, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich) |              |                                                        |                                         |                          |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia                                                                  |              |                                                        |                                         |                          |
| Zwiększenie dodatku – bariery w poruszaniu się                                                           |              |                                                        |                                         |                          |
| Zwiększenie dodatku – nauka poza miejscem zamieszkania                                                   |              |                                                        |                                         |                          |
| Zwiększenie dodatku – Karta Dużej Rodziny                                                                |              |                                                        |                                         |                          |
| Zwiększenie dodatku – inne przyczyny: .....                                                              |              |                                                        |                                         |                          |
|                                                                                                          |              |                                                        |                                         |                          |
| <b>Razem</b>                                                                                             |              |                                                        |                                         |                          |

\* 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,

Przerwa w nauce - należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki:

urlop dziekański w okresie od – do .....

urlop zdrowotny w okresie od – do .....

inny (jaki?) .....

**5. Otrzymane wsparcie w ramach programu „STUDENT”, programu „STUDENT II”, pilotażowego programu „Aktywny samorząd”:**

„STUDENT” tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

Nazwa uczelni/szkoły .....

„STUDENT II” tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

Nazwa uczelni/szkoły .....

„Aktywny samorząd” tak  nie

Kiedy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: .....

Forma i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....

Nazwa uczelni/szkoły .....

**6. Informacje uzupełniające**

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.

nie  tak:  2 przyczyny  3 przyczyny niepełnosprawności

**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 .....

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

**7. Uzasadnienie wniosku** (Proszę wskazać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu). W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w latach poprzednich należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnej/kolejnego dofinansowania. \*



\*Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z aktywnością zawodową i nauką wnioskodawcy. 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.

..... dnia ..... /..... /20..... r.

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dołączono do wniosku                                                  | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
|                  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu, której występuje opiekun prawny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający: rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki, a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich-dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.<br>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 5 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). | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informacje, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki, (jeżeli tak, to, w jakiej wysokości) załącznik nr 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Karta Dużej Rodziny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Plan aktywizacji zawodowej, edukacyjnej i społecznej, którego realizacja będzie elementem rozliczenia dofinansowania udzielonego przez MOPS (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Inne załączniki (należy wymienić):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |

### Uwaga!

W przypadku, gdy Wnioskodawca będący studentem polskiej szkoły wyższej i zakwalifikowany na wyjazd stypendialny za granicę lub będący studentem uczelni zagranicznej lub odbywający staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej, przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego.

### Słownik

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym:

1. aktywności zawodowej – należy przez to rozumieć:
  - a) zatrudnienie, lub
  - b) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
  - c) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu;

2. opłacie za naukę (czesne) – należy przez to rozumieć opłatę pobieraną za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umową dofinansowania; opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłaty związane z powtarzaniem określonych zajęć z powodu niezadowolających wyników w nauce, za zajęcia nieobjęte planem studiów, za studia realizowane w języku obcym) ani innych opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia;
3. dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki związane z pobieraniem nauki;
4. gospodarstwie domowym wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:
  - a) wspólne gospodarstwo, – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub
  - b) samodzielne gospodarstwo – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcą, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów;
5. Karcie Dużej Rodziny – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2016 r., poz. 785) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;
6. kolegium – należy przez to rozumieć kolegium utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 z późn. zm.);
7. miejscu zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;
8. nauce w szkole wyższej - należy przez to rozumieć naukę w następujących formach edukacji na poziomie wyższym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);
9. półroczu/semestrze - należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki w szkole, obejmujący zajęcia dydaktyczne, sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki;
10. przerwie w nauce (w przypadku modułu II) – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;
11. szkole policealnej – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518) ;
12. szkole wyższej – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę wyższą utworzoną zgodnie z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842, z późn. zm.) lub uczelnię zagraniczną, a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe;
13. zatrudnieniu – należy przez to rozumieć:
  - a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
  - b) 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,
  - c) działalność rolnicza w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2016 r. poz. 277),
  - d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829),
  - e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
  - f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 645, z późn. zm.),okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;
14. zdarzeniach losowych – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.
15. wymagalnych zobowiązaniach – należy przez to rozumieć:
  - a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
  - b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
    - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się

ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności.

### Oświadczenia adresata programu lub osoby go reprezentującej

1. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
2. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON.
3. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu.
4. Oświadczam, że nie przerwałem / przerwałem nauki/ę z powodu .....
5. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie, także w dniu podpisania umowy.
7. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am) / nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
8. Oświadczam, że nie ubiegam się /ubiegam się i będę / nie będę ubiegać się w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) ani innego urzędu.
9. Oświadczam, że moim miejscem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest .....  
Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.
10. Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania. Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 KK, za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy.
11. 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.
12. Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) i posiadam udział własny w wysokości 15% wartości czesnego tj. .... zł w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II.
13. Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) i posiadam udział własny w wysokości 65% wartości czesnego, drugiego i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym tj. .... zł w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II.

Żory, dnia .....

.....  
(Czytelny podpis Wnioskodawcy)

Uwaga! Niepotrzebne skreślić.

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

**Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518), 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 2015 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2016 r. - M.P. 2016 poz. 932), według wzoru:  $[(1.975 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przepisem nr 1):

|                                                                                                                                         |                        | Średni miesięczny dochód brutto |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 1.                                                                                                                                      | Wnioskodawca:<br>..... |                                 |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: |                        | x                               |
| 2.                                                                                                                                      |                        |                                 |
| 3.                                                                                                                                      |                        |                                 |
| 4.                                                                                                                                      |                        |                                 |
| 5.                                                                                                                                      |                        |                                 |
| RAZEM                                                                                                                                   |                        |                                 |

**Oświadczam, także że:**

- 1) średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł.(słownie złotych: .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z przepisem nr 2);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Żory, dnia .....r.

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

**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.

### **Przypis nr 1**

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2032). Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.

**Uwaga!** Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu brutto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód brutto} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny dochód brutto wykazany w wierszu} \\ \text{„Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na} \\ \text{stronie 1 niniejszego Oświadczenia} \end{array}}$$

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Żorach, przy ul. Księcia Przemysława 2 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.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

***Niniejsze oświadczenie 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.***

.....  
(imię i nazwisko)

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Żorach przy ul. ks. Przemysława 2 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

**PLAN AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, EDUKACYJNEJ I SPOŁECZNEJ,  
KTÓREGO REALIZACJA BĘDZIE ELEMENTEM ROZLICZENIA  
DOFINANSOWANIA UDZIELONEGO PRZEZ MOPS**

| Uzasadnienie wniosku – plan aktywizacji |                                                                                         |                                                                                             |                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Obszar aktywizacji                      | Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskane dofinansowanie | Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania | Planowany termin realizacji działania |
| Zawodowej                               |                                                                                         |                                                                                             |                                       |
| Edukacyjnej                             |                                                                                         |                                                                                             |                                       |
| Społecznej                              |                                                                                         |                                                                                             |                                       |

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

**ZAŚWIADCZENIE**

wydane przez pracodawcę / zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w .....

nr PESEL .....

nie otrzymuje / otrzymuje \* dofinansowanie/a na pokrycie kosztów nauki na/w \*

.....  
.....  
(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

na miesiąc/semestr \* w wysokości ..... zł słownie.....

w roku akademickim / szkolnym \* .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić



.....  
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.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nieCzy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nieOkres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym**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 pracowników służb społecznych |
| <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie                                       | <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> szkoła policealna                      |
| <input type="checkbox"/> 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 (dzień, miesiąc, rok)                |  |
| Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)                |  |
| Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)    |  |
| Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)    |  |
| Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok) |  |
| Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok) |  |

\*-niepotrzebne skreślić

\*\*- jeżeli dotyczy

Podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: \_\_\_\_\_

## 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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka 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                                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| 2                                                                  | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku                                                                                                 | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| 3                                                                  | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie                                              | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| 4                                                                  | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)                           | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| 5                                                                  | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| 6                                                                  | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| 7                                                                  | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy                                                                                                    | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| Data weryfikacji formalnej wniosku:                                |                                                                                                                                                    | ...../...../ 20.... r.                                        |                                           |
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>                               |                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b> |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:<br>..... |                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia                                 |                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |                                           |

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20.... r. (o ile dotyczy)**

**Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie**