Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do Zasad

OPR TARNOBRZEG

Data wpływu	Nr sprawy

WNIOSEK

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.

1. INFORMACJE WNIOSKODAWCY – *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE

Imię.....**Nazwisko**..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... ważny do …….…… **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

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

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

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ .....
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat .....

Województwo .....

ADRES ZAMELDOWANIA
(**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)

Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐.....
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ..... .nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e’mail (*o ile dotyczy*): ……..

Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):

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

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

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

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**

☐ **osoba niewidoma**

☐ **osoba głuchoniewidoma**

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

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:**..... ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy** ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** .....

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

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

☐ **działalność gospodarcza**

Nr NIP: .....

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

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

☐ **działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności:
.....

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

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek, w tym poprzez MOPR?					tak ☐ nie ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania **(co zostało zakupione ze środków PFRON)**	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
			Razem uzyskane dofinansowanie:		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak ☐ nie ☐

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

.....

Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*" należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

CZY Wnioskodawca otrzymał wcześniej, na podstawie innego wniosku **dofinansowanie** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **w ramach programu:**

1. „STUDENT": tak ☐ nie ☐

Rok, w którym zostało przyznane dofinansowanie .....

Liczba semestrów nauki objętych dofinansowaniem

.....

Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego otrzymałam/otrzymałem dofinansowanie:.....

.

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

.....

.

Nazwa uczelni/szkoły: .....
.....
.

2. „STUDENT II”: tak ☐ nie ☐

Rok, w którym zostało przyznane dofinansowanie .....
Liczba semestrów nauki objętych dofinansowaniem .....
Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego otrzymałam/otrzymałem dofinansowanie:.....
Forma* i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....
.....
Nazwa uczelni/szkoły:
.....
.....

3. „Aktywny Samorząd” – MODUŁ II: tak ☐ nie ☐

Rok, w którym zostało przyznane dofinansowanie .....
Liczba semestrów nauki objętych dofinansowaniem .....
Nazwa jednostki samorządu powiatowego, za pośrednictwem którego otrzymałam/otrzymałem dofinansowanie:.....
Forma* i kierunek kształcenia, która była dofinansowana: .....
.....

Nazwa uczelni/szkoły: .....

.....

*****Do **wszystkich form** edukacji na poziomie wyższym zaliczamy:

1. naukę w **szkole policealnej** (publicznej lub niepublicznej, utworzonej zgodnie z ustawą
   z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty),
2. naukę w **kolegium**: pracowników służb społecznych, nauczycielskim lub nauczycielskim kolegium języków obcych utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,
3. naukę w **szkole wyższej**, w tym: 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),

4. **przewód doktorski** otwarty poza studiami doktoranckimi.

CZY **Wnioskodawca** posiada KARTĘ DUŻEJ RODZINY **TAK** ☐ **NIE** ☐

CZY **Wnioskodawca** ponosi **dodatkowe koszty** z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp. ☐ **TAK** ☐ **NIE**
Jeśli „TAK", należy udokumentować ponoszone koszty.

3. INFORMACJA O AKTUALNIE REALIZOWANYM ETAPIE KSZTAŁCENIA

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:		
☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ nauka w kolegium pracowników służb społecznych
☐ nauka w kolegium nauczycielskim	☐ nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	☐ nauka w szkole policealnej
☐ nauka na uczelni zagranicznej	☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)
Okres trwania nauki w szkole**.....*(ile semestrów)***		Data rozpoczęcia nauki/studiów **.....**
Nauka odbywa się w systemie**:** ☐ **stacjonarnym** ☐ **niestacjonarnym** ☐ **nie dotyczy**		
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu**:** ☐ **TAK** ☐ **NIE**		
Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku,** powyżej wymienionych form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia**:** ☐ **TAK** ☐ **NIE** *Jeśli „TAK", Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.*		
Pełna nazwa szkoły:		

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

4. ZAKRES RZECZOWY I FINANSOWY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA (na półrocze)

Wnioskodawca **otrzymał** na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli dofinansowanie (stypendium) **z innych źródeł** tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego ze środków własnych szkół i uczelni, pracodawcy oraz funduszy strukturalnych:

☐ **TAK** ☐ **NIE**

Jeżeli „tak" – należy wskazać przy danej pozycji kosztu, w jakiej części koszt ten zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać kwotę i źródło dofinansowania).

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	**Koszt (w zł)**	**Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł**	**Kwota wnioskowana (w zł) ****
Opłata za naukę (czesne): .....*			
Opłata za naukę (czesne): .....*			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
Razem			

** należy wpisać kierunek studiów/nauki*

*** W przypadku osób zatrudnionych, kwotę wnioskowaną w zakresie kosztów czesnego należy pomniejszyć o wymagany wkład własny, zgodnie z zasadami określonymi w dokumencie pn. „Kierunki działań (…)" na 2015 rok.*

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**

nr rachunku bankowego .....

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

5. UZASADNIENIE WNIOSKU

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

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

<u>Oświadczam, że:</u>

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, **<u>ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Tarnobrzegu ☐ tak - ☐ nie,</u>**
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także w MOPR w Tarnobrzegu,
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. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach czesnego zgodnie z zasadami określonymi w dokumencie pn. „Kierunki działań (…)" na 2015 rok: ☐ **tak** - ☐ **nie** - ☐ **nie dotyczy**
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej

z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie,**

8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 ..... /..... /……..... r. .....
podpis Wnioskodawcy

6.ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

	Nazwa załącznika	**WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU** *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
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)*	☐	☐	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(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	☐	☐	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku*) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. ***Uwaga!*** *Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia* ***odrębny dokument*** *dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku* ***nie dotyczy*** *osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.*	☐	☐	
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający	☐	☐	

	odbywanie tego stażu			
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*).	□	□	
7.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (oryginał do wglądu)	□	□	
8.	Dokumenty potwierdzające ponoszenie dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp.	□	□	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	□	□	
10.				
11.				
12.				

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

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	**UWAGI**
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	□ - tak □ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	□ - tak □ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	□ - tak □ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	□ - tak □ - nie	

5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		..... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ **pozytywna**	☐ **negatywna**
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	

pieczątka imienna pracownika MOPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	***pieczątka imienna pracownika MOPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***
data, podpis:	*data, podpis:*

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu II .....

negatywna: ☐ w ramach Modułu II .....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... r. .....   data podpis Dyrektora MOPR

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

pieczątki imienne pracowników MOPR przygotowujących/podpisujących umowę
data, podpis:

pieczątka imienna Dyrektora MOPR
data, podpis: