



Data wpływu:

Nr sprawy: DRN.80.1. .... 2024/M-II

**Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

**WNIOSEK „M-II”  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”**

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

**DANE WNIOSKODAWCY  
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

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

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

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŻELI INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)** Taki sam jak adres zamieszkania

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

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

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

**Nie dotyczy**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

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

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

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

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma  <b>Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):</b> <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <b>(OPISAĆ)</b> ..... <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
--

Nazwa pola	Zawartość
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy) <b>Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): {Bezrobotny od}.....</b> <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony) <input type="checkbox"/> zatrudniony
---



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

tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

### Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak  nie

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

.....  
 .....

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

Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli (tabela na stronie 8 i kolejnych) dofinansowanie (stypendium celowe, np. na pokrycie kosztów czesnego) z innych źródeł, tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych, innych:

tak  nie

Jeżeli tak, należy podać rodzaj kosztu jaki został/zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać nazwę źródła i wysokości pomocy), formę, kierunek nauki, w ramach której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:

.....  
 .....

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

tak  nie

### ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa  
 media  
 Realizator programu  
 PFRON  
 inne, jakie:.....

### ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (kwota):.....

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

*[przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

**Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie**

**Dokument\_2\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf** dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

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

**(Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).**

#### FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:  tak  nie

### I. Kierunek

- 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 w uczelni zagranicznej
- staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej
- przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
- szkoła doktorska
- seminarium doktoranckie

Nazwa pola	Zawartość	
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny (1,2,3, itd.) :		
Semestr nauki (1,2,3 itd.) :		
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok) :		
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok) :		
Liczba semestrów ogółem na kierunku (1,2,3, itd.) :		
Data rozpoczęcia nauki na kierunku (1,2,3, itd.) :		
Przewidywana data całkowitego zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok) :		

**DANE UCZELNI/SZKOŁY**  
**I. Kierunek**

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

**Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:**     **tak**                       **nie**

*Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku.*

*Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia.*

***Każda udzielona pomoc (każdy semestr) obniża limit semestrów (maksymalnie 20), do których można otrzymać dofinansowanie.***



**DANE UCZELNI/SZKOŁY****II. Kierunek**

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

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE) I. Kierunek**Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego: tak       nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty ( <b>KWOTA</b> ) :	
Wnioskowana kwota dofinansowania ( <b>KWOTA</b> ) :	

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

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne za semestr Zgodnie z Załącznikiem nr 3 do Wniosku):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę ( <b>czesne</b> ) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty ( <b>KWOTA</b> ) :	
Wnioskowana kwota dofinansowania ( <b>KWOTA</b> ) :	

**Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:**
 tak       nie
**Kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:**

- **Może być równa kwocie wnioskowanej w przypadku gdy:**
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę **na studiach III stopnia (doktoranckich)**
  - b) Wnioskodawca pobiera naukę **na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)**
  - c) Wnioskodawca pobiera naukę **co najmniej na trzecim roku nauki** w ramach wszystkich form edukacji
- **Może stanowić do 75 % kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:**
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę **w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok**
  - b) Wnioskodawca pobiera naukę **na drugim roku nauki** w ramach wszystkich form edukacji
- **Może stanowić do 50% kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:**
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę **na pierwszym roku nauki** w ramach wszystkich form edukacji.

**W kolumnie: "Wnioskowana kwota dofinansowania" Wnioskodawca wypełnia te wiersze, które go dotyczą.**

<b>Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia</b>	<b>Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu</b>	<b>Kwota wnioskowana</b>
Podstawowa kwota dodatku (1.100 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.650 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):	<b>1.100 zł lub 1.650 zł</b>	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca nie tylko złoży wniosek w formie elektronicznej, ale także posiada podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP i w ten sposób zatwierdzi wniosek w systemie – wsparcie jednorazowe, <b><u>tylko dla Wnioskodawców, którzy korzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy:</u></b>	<b>880 zł</b>	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (MOPS) - w przypadku gdy Wnioskodawca posiada znaczny stopień niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) <b>oraz</b> w przypadku gdy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego <b>lub/i</b> w przypadku, gdy Wnioskodawca wymaga korzystania z pomocy osób drugih:	<b>770 zł</b>	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<b>550 zł</b>	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny:	<b>330 zł</b>	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	<b>330 zł</b>	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	<b>220 zł</b>	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2023 lub w 2024 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	<b>330 zł</b>	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	<b>330 zł</b>	
Zwiększenie w przypadku, gdy wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:	<b>550zł</b>	
<b>Suma:</b>	<b>X</b>	

**Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku.**

**II. Kierunek**

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej
<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> szkoła doktorska
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	
<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	

Nazwa pola	Zawartość	
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny (1,2,3, itd.) :		
Semestr nauki (1,2,3 itd.) :		
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok) :		
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok) :		
Liczba semestrów ogółem na kierunku (1,2,3, itd.) :		
Data rozpoczęcia nauki na kierunku (1,2,3, itd.) :		
Przewidywana data całkowitego zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok) :		

**DANE UCZELNI/SZKOŁY**

**II. Kierunek**

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

**Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:**  tak  nie

*Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia.*

***Każda udzielona pomoc obniża limit semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.***

### DANE UCZELNI/SZKOŁY III. Kierunek

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

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE) II. Kierunek

**Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:**  
 tak       nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty <u>za przeprowadzenie przewodu doktorskiego</u> - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty (KWOTA):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (KWOTA):	

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

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne za semestr Zgodnie z Załącznikiem nr 3 do Wniosku):	
<u>Kwota</u> uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty (KWOTA):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (KWOTA):	

**III. Kierunek**

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej
<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> szkoła doktorska
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	
<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	

Nazwa pola	Zawartość	
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny (1,2,3, itd.) :		
Semestr nauki (1,2,3 itd.) :		
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok) :		
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok) :		
Liczba semestrów ogółem na kierunku (1,2,3, itd.) :		
Data rozpoczęcia nauki na kierunku (1,2,3, itd.) :		
Przewidywana data całkowitego zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok) :		
Uwagi / dodatkowe informacje		

**DANE UCZELNI/SZKOŁY****III. Kierunek**

Nazwa pola	Zawartość		
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna	<input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):			
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:			
Województwo:			
Powiat:			
Miejscowość:			
Kod pocztowy:			
Ulica:			
Nr budynku:			
Telefon:			
Adres WWW:			
Wydział:			
Kierunek:			
Specjalność:			

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE) III. Kierunek**Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego: tak  nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty <u>za</u> przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty (KWOTA) :	
Wnioskowana kwota dofinansowania (KWOTA) :	

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

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne za semestr Zgodnie z Załącznikiem nr 3 do Wniosku):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty (KWOTA) :	
Wnioskowana kwota dofinansowania (KWOTA) :	

**PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE KIERUNKI)**

Nazwa pola	Zawartość
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne za semestr/y Zgodnie z Załącznik(iem)/(ami) nr 3 do Wniosku):	
Udział własny (KWOTA) :	
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę (CZESNE) :	
Wnioskowana kwota dofinansowania DODATKU (suma):	
Wnioskowana kwota dofinansowania razem/suma (CZESNE + DODATEK):	
Procentowy udział własny wnioskodawcy (WARTOŚĆ W %) :	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty (WARTOŚĆ W %) :	

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

*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.*

Miejscowość	Data	CZYTELNY Podpis Wnioskodawcy
.....	.....	.....

<b>ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA WYMAGANE DO WNIOSKU</b>		<b>ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU</b>
<b><u>Jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać Cię do okazania oryginału dokumentu.</u></b>		
Lp	Nazwa	
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	
2	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w imieniu której występuje pełnomocnik (oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w wersji papierowej) - <b>o ile dotyczy</b>	
3	<b>Załącznik nr 1</b> do wniosku (sporządzona wg wzoru określonego w do wniosku) - Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych	
4	<b>Załącznik nr 2</b> (sporządzona wg wzoru określonego w do wniosku) - Klauzula informacyjna dla osoby uczestniczącej w postępowaniu dot. realizacji wniosku o przyznanie środków PFRON	
5	<b>Załącznik nr 3</b> (sporządzona wg wzoru określonego w do wniosku) 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. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki.</b> Wzór określony w Załączniku nr 3 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	
6	<b>Załącznik nr 4</b> (sporządzona wg wzoru określonego w do wniosku) - 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	<b>Załącznik nr 5</b> do wniosku (sporządzona wg wzoru określonego w do wniosku) Oświadczenie dla pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (o ile dotyczy)	
8	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	
9	Dokument potwierdzający wystąpienie działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2023 lub 2024 roku - <b>o ile dotyczy</b>	
10	OŚWIADCZENIE złożone na wniosek Strony (art.75 § 2 kpa) - <b>o ile dotyczy</b>	
11	Zaświadczenie z uczelni, że aktualnie nauka jest pobierana lub w poprzednim semestrze nauka była pobierana w formie zdalnej , w tym w systemie hybrydowym - <b>o ile dotyczy</b>	