



Data wpływu:  
Nr sprawy:

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

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

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

#### DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Nazwa właściwego sądu:	
Data wydania dokumentu:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne

Oświadczam, że ani teraz, ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem / nie byłam: właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym, przedstawicielem handlowym, członkiem organów nadzorczych lub zarządzających ani pracownikiem firm, które sprzedają towary lub usługi dotyczące tego wniosku. Nie miałem / nie miałam i nie mam z zarządem tych firm innych powiązań, takich jak na przykład relacje rodzinne czy biznesowe.

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	

Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer 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 mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

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

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

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

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer 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 mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

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

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

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"/> ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> ważne okresowo – do dnia:
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
<i>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.</i>	

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

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

- nie dotyczy
- osoba nieaktywna zawodowo
- osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:
- osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- osoba zatrudniona
- Jestem na stażu zawodowym
- Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

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

## INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy osoba, której dotyczy wniosek otrzymała wcześniej dofinansowanie na edukację ze środków PFRON w tym także za pośrednictwem powiatu?:

tak  nie

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

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

tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

## Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu

**Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

tak  nie

**Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

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 (...)”.

**Czy osoba, której dotyczy wniosek, ma dofinansowanie do edukacji z innych źródeł? Na przykład z budżetu państwa lub jednostek samorządowych, od szkoły lub uczelni albo z funduszy unijnych – na przykład dostała stypendium na opłacenie czesnego?:**

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 w 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
- media
- Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON
- PFRON
- inne, jakie?:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Wysokość (netto w złotych) średniego miesięcznego dochodu na osobę w gospodarstwie:**

*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 zgodnie z obowiązującym na dzień złożenia wniosku Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.*

*Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.*

Proszę o zwolnienie mnie z obowiązku składania oświadczenia o dochodzie. Nie planuję korzystać z szybszego rozpatrzenia wniosku ani z większej kwoty dofinansowania. Wiem, że jeśli nie podam wysokości dochodu, nie będę miał możliwości skorzystania z tych przywilejów.

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

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

tak  nie

### I. Kierunek

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

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

### DANE UCZELNI/SZKOŁY

#### I. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	

<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

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

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

tak    nie

### DANE UCZELNI/SZKOŁY

#### Inny kierunek

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

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

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

tak    nie

Koszt	Kwota wnioskowana
<b>Całkowity koszt opłaty:</b>	
<b>Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:</b>	

<b>Udział własny w kosztach opłaty:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

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

tak  nie

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

**Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:**

tak  nie

*Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:*

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

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

<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>
<b>Podstawowa kwota dodatku (1.155 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.733 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):</b>	<b>1155 zł lub 1733 zł</b>	
<b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wniosek o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW – wsparcie jednorazowe, tylko dla Wnioskodawców, którzy korzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy:</b>	<b>924 zł</b>	
<b>Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:</b>	<b>809 zł</b>	
<b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>	<b>578 zł</b>	
<b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny:</b>	<b>347 zł</b>	
<b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:</b>	<b>347 zł</b>	
<b>Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:</b>	<b>231 zł</b>	
<b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2025 lub w 2026 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:</b>	<b>347 zł</b>	

Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	347 zł	
Zwiększenie w przypadku, gdy wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:	578 zł	
Suma:	X	

## II. Kierunek

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) <input type="checkbox"/> szkoła doktorska <input type="checkbox"/> seminarium doktoranckie
Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	
Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	

## DANE UCZELNI/SZKOŁY

### II. Kierunek

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

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

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

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

tak  nie

**DANE UCZELNI/SZKOŁY****Inny kierunek**

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

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)**

<b>Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:</b>	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Koszt</b>	<b>Kwota wnioskowana</b>
<b>Całkowity koszt opłaty:</b>	
<b>Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:</b>	
<b>Udział własny w kosztach opłaty:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	
<b>Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):</b>	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

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

### III. Kierunek

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

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

### DANE UCZELNI/SZKOŁY

#### III. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
<b>Rodzaj uczelni:</b>	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
<b>Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	

<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	

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

*Wypełnia Wnioskodawca, który ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki na więcej niż jednym kierunku. Jeżeli Wnioskodawca ubiega się również o dofinansowanie czesnego na dodatkowym kierunku studiów, to należy we wniosku podać dane kolejnej formy kształcenia (przycisk "Dodaj nową formę kształcenia"). Każda udzielona pomoc obniża limit 20 semestrów, do których można otrzymać dofinansowanie.*

tak  nie

### DANE UCZELNI/SZKOŁY

#### Inny kierunek

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

### WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

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

tak  nie

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

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

tak  nie

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

### PODSUMOWANIE

Nazwa pola	Zawartość
Całkowity koszt opłaty za naukę:	
Udział własny:	
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:	
Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:	
Wnioskowana kwota dofinansowania razem:	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Średnia ocen:	

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz - w przypadkach tego wymagających - zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO - prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO - prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO - prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO - prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO - prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00 – 014 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

#### Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

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

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

**Informacja odnośnie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy:**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W jego imieniu przetwarza dane osobowe **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie**, z którym można się skontaktować:

- telefonując na numer telefonu (58) 672 17 60
- faksując na numer fax (58) 672 27 02
- pisząc na adres 84-200 Wejherowo, ul. Sobieskiego 279A
- mailując na adres e-mail: kancelaria@pcprwejherowo.pl

oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

2. Kontakt do Inspektora ochrony danych: [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl)

3. Celem przetwarzania jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym.

4. Podstawą przetwarzania jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

5. Dane osobowe osoby składającej wniosek nie są przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.

6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji lub do dnia wycofania się ze zgody – dotyczy danych kontaktowych podawanych dobrowolnie.

7. W odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie przepisu prawa osoba ma prawo do: żądania dostępu do swoich danych osobowych, uzyskania ich kopii, sprostowania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

8. W odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody, osoba ma prawo do: usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, a także do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej wniosku. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa.

9. Administrator nie przewiduje przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.

**Oświadczam, że:**

1. 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.
2. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprwejherowo.pl](http://www.pcprwejherowo.pl)
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego wynoszącego 10% wartości czesnego na jednym kierunku nauki i 60% wartości czesnego w przypadku drugiego kierunku nauki dla wnioskodawców zatrudnionych lub 50% wartości czesnego na pokrycie kosztów drugiego i kolejnych kierunków w przypadku wnioskodawców niezatrudnionych.
4. 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 wiadomości wysyłane poprzez SOW będą uznawane za doręczone podobnie jak prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana.
5. Zobowiązuję się do powiadomienia Realizatora programu o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację niniejszego wniosku np. o zmianie nazwiska, adresu zamieszkania, itp.
6. Oświadczam, że moim miejscem zamieszkania z zamiarem stałego pobytu, w której skoncentrowane są moje plany życiowe, jest miejscowość leżąca na terenie powiatu wejherowskiego, podana w wniosku.

.....

Data

.....

podpis Wnioskodawcy