



Wniosek złożono w
..... w dniu

Nr sprawy:



WNIOSEK Moduł II 2018

o dofinansowanie pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu.

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 urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez.....ważny dor.	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólnie	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	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
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... 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: 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):

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 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 centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG)
 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 PCPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki 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

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE

Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

<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 na 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)

Okres trwania nauki w szkole.....(ile lat).....(ile semestrów)

Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczyWnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nieNauka pobierana jest: w miejscu zamieszkania poza miejscem zamieszkaniaWnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny: tak nie

Wnioskodawca jest osobą poszkodowanej w wyniku działania żywiołu w 2017 lub 2018r.

Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu barier w komunikowaniu się np. tłumacza języka migowego, asystenta osoby niepełnosprawnej: tak nie; inne:Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu barier w poruszaniu się: tak nie

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
	1.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
	2.			

5. 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*	Wysokość udziału własnego w kosztach czesnego	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 (do 1000zł.)				
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (do 500 zł.)				
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny (do 300 zł.)				
Zwiększenie dodatku z powodu ponoszenia dodatkowych kosztów na bariery w komunikowaniu się (osoby niewidome) i/lub na bariery w poruszaniu się (do 700zł.), dla osób, których jedyną formą poruszania się jest wózek inwalidzki.				
Zwiększenie dodatku w przypadku pobierania nauki na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki (do 300 zł.)				
W przypadku, gdy Wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (do 300 zł)				
Razem				

* 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

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**

Nazwa banku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nr rachunku bankowego

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

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Jarocińskiego
 tak - nie,
- Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym: przekracza 20 semestrów, nie przekracza 20 semestrów
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pcpjarocin.pl, a także pod adresem: www.pfron.org.pl
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
 tak - nie,
- 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 / / 20..... r.

podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki:

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oryginał faktury VAT/rachunku (gdy wystawienie faktury vat nie jest możliwe), potwierdzająca dokonanie opłaty za naukę (czesne – w przypadku, gdy wnioskodawca ubiega się o refundację poniesionych kosztów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania (Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni wystawione przez pracodawcę Zaświadczenie o zatrudnieniu (Wzór określony w załączniku nr 5 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku Wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą wpis do CEIDG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku posiadania Karty Dużej Rodziny – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku osoby poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – dokumenty potwierdzone przez właściwą jednostkę (ośrodek pomocy społecznej, straż pożarną, policję)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Załącznik nr 1 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI
PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU**
w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,
podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

niniejszym oświadczam, że:

- 1) prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mój przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych wynosi zł*
- 2) prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z wymienionymi w poniższej tabeli osobami i przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi zł*

		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		x
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

* właściwe wypełnić

3) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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 2 do formularza wniosku).

....., dnia.....r.
miejsowość

.....
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.

Wyjaśnienia:

1) Przez gospodarstwo domowe wnioskodawcy należy rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

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

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

2) 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 2017 r., poz. 1952), 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 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: $[(2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

**Załącznik nr 2 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez PCPR Jarocin oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Jarocin przy ul: Dworcowa 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”.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Jarocinie przy ul. Dworcowa 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. 2016r. 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

Załącznik nr 3 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZASWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PCPR w Jarocinie (pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

Rok nauki..... słownie(.....)semestr/półrocze nauki..... słownie (.....)

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

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym innym

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:

(miejscowość, data)

Załącznik nr 4 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam,
(imię i nazwisko)

że moim miejscem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest Powiat Jarociński

.....

.....
(kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.

- 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.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 5 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że: Pan/Pani

zamieszkały/a

(miejsowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL _ _ _ _ _

jest zatrudniony na stanowisku

forma zatrudnienia (odpowiednie zaznaczyć):

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę
- umowa cywilnoprawna
- staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 149)
- inna forma zatrudnienia (jaka):

zatrudnienie na czas (odpowiednie zaznaczyć):

- nieokreślony
- określony: od dnia r. do dnia r.

ww. osoba korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów kształcenia (odpowiednie zaznaczyć):

- nie
- tak, w następującym zakresie:
 - forma kształcenia:
 - szkoła policealna
 - jednolite studia magisterskie
 - studia pierwszego stopnia
 - studia drugiego stopnia
 - studia podyplomowe
 - kolegium pracowników służb społecznych
 - kolegium nauczycielskie
 - nauczycielskie kolegium języków obcych
 - studia doktoranckie
 - przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi
 - nauka na uczelni zagranicznej
 - nazwa szkoły/uczelni:
 - kierunek nauki:
 - wysokość pomocy finansowej:
 - I semestr/półrocze roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20..... - zł
 - II semestr/półrocze roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20..... - zł

.....
(data, podpis i pieczęć imienna pracownika upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)