



Data wpływu:  
Nr sprawy:

## 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<br>ROLA WNIOSKODAWCY  |   |
|---|---|
| Nazwa pola  | Zawartość   |
| Wnioskodawca składa wniosek:  | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| Postanowieniem Sądu:  |   |
| Z dnia:   |   |
| Sygnatura akt:  |   |
| Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia: |   |
| Imię i nazwisko notariusza:   |   |
| Repertorium nr:   |   |
| Zakres pełnomocnictwa:  | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><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<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><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:       |   |
| 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:              |  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |
| 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<br><input type="checkbox"/> nie   |
| Stopień niepełnosprawności:  | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:  |
| Numer orzeczenia:  |  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Grupa inwalidzka:</b>     | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| <b>Niezdolność do pracy:</b> | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><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<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br>Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):<br><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne:<br><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<br><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.*

nie dotyczy  
 nieaktywna/y zawodowo  
 bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
     Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):  
 poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)  
 zatrudniony

### 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 wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:**

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 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:**

*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:  $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .*

*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 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

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

|                      |  |
|----------------------|--|
| <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 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>  |   |

**WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)**

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak    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>  |  |

**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 (1.100 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.650 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):</b>  | <b>1100 zł lub 1650 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>880 zł</b>   |                          |
| <b>Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:</b>   | <b>770 zł</b>   |                          |
| <b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b>   | <b>550 zł</b>   |                          |
| <b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny:</b>   | <b>330 zł</b>   |                          |
| <b>Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:</b>  | <b>330 zł</b>   |                          |
| <b>Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:</b>  | <b>220 zł</b>   |                          |

|  |        |  |
|--|--------|--|
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2022 lub w 2023 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:                 | 330 zł |  |
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:   | 330 zł |  |
| Zwiększenie w przypadku, gdy wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym: | 550zł  |  |
| Suma:  | X      |  |

## II. Kierunek

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

|                      |  |
|----------------------|--|
| <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 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>  |   |

**WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)**

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak    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><br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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>  |                          |

### III. Kierunek

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

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):</b><br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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>  |                          |

### PODSUMOWANIE

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

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

| Nazwa pola           | Zawartość |
|----------------------|-----------|
| <b>Średnia ocen:</b> |           |

### 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 |
|----------------------------------|-----------|
| <b>Numer rachunku bankowego:</b> |           |
| <b>Nazwa banku</b>               |           |

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |

*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> |
|--|---|
|  |   |

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

Na podstawie 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 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie Al. Jana Pawła II 13 zwany dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:[inspektor25052018@gmail.com](mailto:inspektor25052018@gmail.com) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
  - przenoszenia danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
  - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie Al. Jana Pawła II 13 w celu realizacji wniosku .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy



.....  
pieczęć szkoły/uczelni**ZAŚWIADCZENIE**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

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

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

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Okres trwania nauki (ilość lat) ..... / (ilość semestrów) .....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nieCzy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nieOkres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  on-line

Nauka aktualnie lub w poprzednim semestrze

odbywa się w formie zdalnej w tym w systemie hybrydowym:  tak  nie

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: ..... złCzesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... 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) |  |

\*-niepotrzebne skreślić

\*\*- jeżeli dotyczy

Podpis i pieczętka pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

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

**2024**

## **MODUŁ II (dawniej STUDENT)**

### **POMOC W UZYSKANIU WYKSZTAŁCENIA NA POZIOMIE WYŻSZYM**

#### **WARUNKI UCZESTNICTWA:**

- Znaczny, umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności,
- nauka w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

#### **DOFINANSOWANIE LUB REFUNDACJA** kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym:

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

#### **UDZIAŁ WŁASNY:** w zakresie kosztów czesnego:

- **10%** wartości czesnego – w przypadku **zatrudnionych** beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),
- **60%** wartości czesnego – w przypadku **zatrudnionych** beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).

Z obowiązku wniesienia udziału własnego zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość jego przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.

#### **Maksymalna kwota dofinansowania poniesionych kosztów nauki dotyczących semestru/półroczna objętego dofinansowaniem w 2023 roku wynosi w przypadku:**

- 1) opłaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach jednej formy kształcenia - do 4.400 zł**
- 2) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – do 4.400 zł,**
- 3) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – do 1.100 zł dla szkoły policealnej i kolegium – do 1.650 zł dla pozostałych wnioskodawców**

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony, nie więcej niż o:

- 1) 770 zł** – w przypadku gdy wnioskodawca ponosi koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu poruszania się na wózku inwalidzkim lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp.,
- 2) 550 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
- 3) 330 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny,
- 4) 330 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki,
- 5) 220 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie,
- 6) 330 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2022 lub w 2023 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.
- 7) 330 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego
- 8) 880 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada Profil Zaufany i złoży wniosek w SOW
- 9) 550 zł** – w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym

**Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia ma charakter progresywny i motywacyjny. Wysokość przyznanego dodatku dla każdego wnioskodawcy jest uzależniona od jego postępów w nauce i wynosi:**

- 1) do 50%** - w przypadku pobierania nauki na pierwszym roku nauki, w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – do 75%
- 2) do 75%** - w przypadku pobierania nauki na drugim roku edukacji
- 3) do 100%** - w przypadku pobierania nauki w kolejnych latach (od trzeciego roku) przy czym studenci studiów II stopnia i uczestnicy studiów doktoranckich mogą otrzymać dodatek w kwocie maksymalnej na każdym etapie nauki.

Dofinansowanie kosztów kształcenia nie przysługuje w przypadku, gdy wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię, w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu.

W przypadku, gdy Wnioskodawca pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów/nauki) - kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki do 2.200 zł. W przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich, przysługuje wyłącznie dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.

#### **DOPUSZCZALNOŚĆ UDZIELENIA POMOCY W PROGRAMIE:**

Każdy Wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach **20 (dwudziestu)** semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym - warunek ten dotyczy wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:

- STUDENT oraz STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych,
- pilotażowy program „Aktywny samorząd”.

Wnioskodawcy, którzy do dnia złożenia wniosku uzyskali pomoc ze środków PFRON w ramach większej liczby semestrów/półroczy, mogą uzyskać pomoc w ramach programu - do czasu ukończenia rozpoczętych form kształcenia na poziomie wyższym, jeśli są one realizowane zgodnie z planem/programem studiów,

#### **WARUNKI WYKLUCZAJĄCE UCZESTNICTWO W PROGRAMIE:**

- wymagalne zobowiązania wobec PFRON oraz wobec realizatora programu,
- przerwa w nauce.

Decyzję o wysokości pomocy dla Wnioskodawcy podejmuje Realizator programu (samorząd powiatowy), który ustala własne sposoby różnicowania wysokości dofinansowania.

Kwota dofinansowania ze środków PFRON nie może być większa niż kwota wnioskowana przez Wnioskodawcę. Dofinansowanie opłaty za naukę (czesne) oraz opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego ma charakter obligatoryjny.

Decyzja w sprawie udzielenia i wysokości dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, należy do kompetencji Realizatora - aby wsparciem objąć wszystkich Wnioskodawców, Realizator ma prawo obniżyć zakres i wysokość dofinansowania do poziomu, jaki wynika z wysokości kwot wnioskowanych we wszystkich wnioskach (zapotrzebowania) i kwoty przeznaczonej na realizację programu.

**DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA** - należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki związane z pobieraniem nauki,

**KOLEGIUM** – należy przez to rozumieć kolegium pracowników służb społecznych, kolegium nauczycielskie lub nauczycielskie kolegium języków obcych utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 poz. 996, z późn. zm.);

**NAUKA W SZKOLE WYŻSZEJ** – należy przez to rozumieć 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);

**PRZERWA W NAUCE** – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;

**SZKOŁA POLICEALNA** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 996, z późn. zm.)

**SZKOŁA WYŻSZA** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną uczelnię, w tym szkołę doktorską działającą zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668, z późn. zm.) a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe.

**ZATRUDNIENIE** – należy przez to rozumieć:

- a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
- b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
- c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336, z późn. zm.),
- d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646, z późn. zm.),
- d) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),