Nr sprawy………………….……......

………………………………………..... *Program finansowany ze środków PFRON*

data wpływu wniosku

**WNIOSEK**- wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

**do Powiatowego Urzędu Pracy w Suwałkach ul. Kościuszki 71A, tel. 87 565 26 50**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”**

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

*We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

#### **Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl**

Część A

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**  **Imię**...................................................................................**Nazwisko**.............................................................................................................  **Dowód osobisty** seria i nr ...............................................wydany w dniu................................ r. przez..........................................................  ................................................................................................................................................, ważny do dnia .............................................r.  **Data urodzenia**...................................................r. PESEL  **Stan cywilny:** wolna/y zamężna/żonaty **Płeć:** kobieta  mężczyzna  **Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:** samodzielne (osoba samotna)wspólne | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały\*  Kod pocztowy -..........................................................  (poczta)  Miejscowość .....................................................................................  Ulica ...............................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ........... Powiat ...........................................  Województwo ................................................................................ | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy -….......................................  (poczta)  Miejscowość ........................................................................  Ulica ...................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ........... Powiat ..............................  Województwo ..................................................................... |

\* 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 jednak 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 | | - firma handlowa - media- Realizator programu- PFRON- inne, jakie:…………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
| STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | | | znaczny stopień | | | | I grupa inwalidzka | |
| całkowita niezdolność do pracy | | | | | | | | umiarkowany stopień | | | | II grupa inwalidzka | |
| częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | | lekki stopień | | | | III grupa inwalidzka | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: ................................................... bezterminowo | | | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: | | | | **obu** kończyn górnych  **jednej** kończyny górnej | | | | | | | | | |
| **obu** kończyn dolnych | | | | **jednej** kończyny dolnej | | | | | | | innym | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma**  **osoba głuchoniewidoma** | | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):..................  Zwężenie pola widzenia: ............stopni | | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):.......................................  Zwężenie pola widzenia: ..................................stopni | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **- OSOBA GŁUCHA** | | | | **07-S** choroby układu oddechowego  i krążenia | | | | **09-M** choroby układu moczowo  - płciowego | | | | **11-I**inne |
| **02-P**choroby  psychiczne | **06-E** epilepsja | | | | **08-T** choroby układu pokarmowego | | | | **10-N**choroby  neurologiczne | | | | **12-C**całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** | | | | | | | | | | | | | |
| **niezatrudniona/y**: od dnia:................................................. | | | | | | **zarejestrowana/y w PUP:** od dnia…..………………….…………..  **bezrobotna/y**  **poszukująca/y pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu**  **nie dotyczy** | | | | | | | |
| **zatrudniona/y:** od dnia:........................ do dnia: ...............  na czas nieokreślony inny, jaki:....................................... | | | | | | Nazwa pracodawcy: .................................................................................  ………………………………………………………................................  Adres miejsca pracy, nr tel. ……………………………………………...  …………………………………………………………………………… | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| działalność gospodarcza  Nr NIP: ...............................................  Nr REGON…………………………. | na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej  inna, jaka i na jakiej podstawie:.................................................................................. |
| działalność rolnicza | Miejsce prowadzenia działalności: .................................................................................. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE** | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie:………………………………………………………….… | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego, np. rodzic, opiekun prawny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PUP w Suwałkach, PCPR lub MOPS? | | | | | | | tak nie | |
| Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana pomoc) | Przedmiot dofinansowania (np. co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (np. 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 Powiatowego Urzędu Pracy w Suwałkach:** tak nie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:...................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................  **Uwaga!**  **Wymagalne zobowiązanie** – należy przez to rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty upłynął. |

|  |
| --- |
| Wnioskodawca otrzymał wcześniej (w poprzednich latach) na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” : tak nie lub „STUDENT” i/lub „STUDENT II”: tak nie  Ilość semestrów, na które Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON w ramach któregokolwiek z ww. programów…………………………W jakich latach:…………………………………………………………………………............  Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia w kwocie……………………………………………W jakich latach……………………  Czy Wnioskodawca powtarzał semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki w ciągu trwania nauki na poziomie wyższym nie tak , ile razy……………..W jakich latach…………………………………..forma kształcenia……………………………….  .................................................................................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia tak nie  **Uwaga!**  **Jeśli TAK, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku szkolenia) oddzielnie.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:** | | | | | | | |
| jednolite studia magisterskie | | studia pierwszego stopnia | | | studia drugiego stopnia | | |
| studia podyplomowe | | studia doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym/dziennym lub niestacjonarnym/wieczorowym/zaocznym lub eksternistycznym, w tym także za pośrednictwem Internetu | | | nauka w kolegium pracowników służb społecznych | | |
| nauka w kolegium nauczycielskim | | nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | | | nauka w szkole policealnej | | |
| nauka na uczelni zagranicznej | | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | | przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*) | | |
| szkoła wyższa i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe | |  | | |  | | |
| Okres trwania nauki w szkole.........................(ile semestrów) | | | Data rozpoczęcia nauki/studiów ....................................... | | | | |
| Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym za pośrednictwem Internetu | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie | | | | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: 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** |
|  |  | | | tak …….. nie | |  |  |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) | | | | | | | tak nie |

**3. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szkoły i kierunek nauki** | **Koszt opłaty za naukę – czesne lub przewodu doktorskiego – w zł** | **Dofinansowanie (stypendium)z innych niż PFRON źródeł\* - w zł** | **Kwota wnioskowana - w zł** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego -  w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |  |  |  |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA | | |  |
| KWOTA ZWIĘKSZONEGO DODATKU NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA Z TYTUŁU POBIERANIA NAUKI POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA | | |  |
| KWOTA ZWIĘKSZONEGO DODATKU NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA Z TYTUŁU POSIADANIA AKTUALNEJ KARTY DUŻEJ RODZINY nr karty……………………………………..(oryginał do wglądu) | | |  |
| KWOTA ZWIĘKSZONEGO DODATKU NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA Z TYTUŁU PONOSZENIA DODATKOWYCH KOSZTÓW Z POWODU BARIER W PORUSZANIU SIĘ (należy dołączyć odpowiedni dokument) | | |  |
| KWOTA ZWIĘKSZONEGO DODATKU NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA Z TYTUŁU BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ-W SZCZEGÓLNOŚCI Z TYTUŁU POMOCY TŁUMACZA MIGOWEGO LUB ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (należy dołączyć odpowiedni dokument) | | |  |
| KWOTA ZWIĘKSZONEGO DODATKU NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA Z INNYCH TYTUŁÓW-wymienić ………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………………………………………………………... | | |  |
|  | | **Razem** |  |

**\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek sam. teryt., ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wysokość (w zł) udziału własnego Wnioskodawcy (w kosztach czesnego)** | | |
| **Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinasowaniem w ramach programu** | **Wnioskodawcy zatrudnieni** | **Wnioskodawcy nie zatrudnieni** |
| Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) | ………………….. | X |
| 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).**

**4. Uzasadnienie wniosku**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu | ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………… |
| 2) w przypadku ponownego ubiegania się na ten sam cel, należy wykazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę kolejnego dofinansowania  - o ile dotyczy | ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………… |

**5. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**  Wnioskodawcy/uczelni/szkoły\*\*\*, na który mogą być przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku |
| Numer rachunku bankowego  nazwa banku **……………………………………………………………………………………………………..**  *\*\*\*właściwe zaznaczyć* |

**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. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Urzędu Pracy w Suwałkach i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora: □ tak - □ nie,

3. nie otrzymałem (am) na podstawie odrębnego wniosku w bieżącym roku dofinansowania ze środków PFRON na wnioskowany przedmiot dofinansowania,

4. zobowiązuje się bezzwłocznie (nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia) zgłaszać Realizatorowi programu informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku i załącznikach do niego,

5. zapoznałam (em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),

6. 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,

7. 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

8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,

9. 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\*\*\*.

10. posiadam środki finansowe na pokrycie ewentualnego udziału własnego, w przypadku otrzymania dofinansowania nie pokrywającego w całości kosztów nauki na poziomie wyższym.

*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. ....................................................  **czytelny podpis Wnioskodawcy** |

\*\*\* niewłaściwe skreślić

**6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) – oryginał do wglądu |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | 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.* |  |  |  |
|  | W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu |  |  |  |
|  | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*). |  |  |  |
|  | Dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów wraz z dowodem zapłaty-w przypadku refundacji poniesionych kosztów |  |  |  |
|  | W przypadku otrzymania wcześniejszego dofinansowania na pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym z innych źródeł – dokumenty potwierdzające wysokość dofinansowania |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:**………………**wypełnia Realizator programu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   1. sprawa objęta wnioskiem nie dotyczy mnie osobiście, mego małżonka, wstępnego lub zstępnego rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | | | |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów  (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WERYFIKACJAFORMALNA WNIOSKU** | | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | - tak - nie | |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | - tak - nie | |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | - tak - nie | |  |
| 4 | Dane zawarte we wniosku są kompletne i poprawne; wniosek oraz złożone załączniki są ze sobą zgodne | - tak - nie | |  |
| 5 | We wniosku i załącznikach wypełniono wszystkie wymagane rubryki | - tak - nie | |  |
| 6 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy (zgodność reprezentacji Wnioskodawcy) | - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | .................................................. 20.......... r. | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | | - tak - nie | |
| We wniosku występują uchybienia kwalifikujące się do wezwania do ich usunięcia | | | - tak - nie | |
| Data pisma wzywającego do usunięcia uchybień | | | ....................................................................... | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie: …………...................  ……………………………………………………………………………………. | | | - tak - nie | |
| Weryfikacja formalna wniosku: | | | pozytywna negatywna | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***  ……………………………………………………………………….  data i podpis | ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***  ……………………………………………………………………….  data i podpis |

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

|  |
| --- |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**:  ............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................ |
| Suwałki, dnia ...........................20......... r. ...................................................................................  podpisy osób podejmujących decyzję |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***  ……………………………………………………………………….  data i podpis | ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***  ……………………………………………………………………….  data i podpis |