**Moduł II**

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

2. Zaświadczenie z uczelni/szkoły

3.Oświadczenie o ilości semestrów

4.Oświadczenie o dochodach

5. Dokument potwierdzający zatrudnienie oraz zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki -o ile dotyczy

6. Oświadczenie dotyczące udziału własnego-fakultatywnie

7.Klauzula informacyjna

8.Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie Wnioskodawcy w 2019 lub 2020 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych-o ile dotyczy

9.Ważna Karta Dużej Rodziny-o ile dotyczy

10.fakultatywnie: informacja o poniesionych kosztach (ze szkoły/uczelni),

11.fakultatywnie: zaświadczenie z uczelni lub oświadczenie, że aktualnie nauka jest pobierana lub w poprzednim semestrze nauka była pobierana w formie zdalnej (w związku z pandemią),

12.fakultatywnie: informacja o zaliczeniu semestru (ze szkoły/uczelni).

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),

2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

............................................ ........................................................

(Imię) (Miejscowość i data)

............................................

(Nazwisko)

............................................

(Adres zamieszkania)

............................................

**OŚWIADCZENIE**

**o ilości semestrów/półroczy, do których uzyskano pomoc ze środków PFRON**

1. Oświadczam, iż korzystałem(am) z dofinansowania do rożnych form kształcenia na poziomie wyższym ze środków PFRON w ramach programów:

* **STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych**

- ilość semestrów/półroczy:…………………………

* **STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych**

- ilość semestrów/półroczy:………………………..

* **Aktywny samorząd – Moduł II**

- ilość semestrów/półroczy:……………………….

**Łączna ilość semestrów/półroczy, na które uzyskałem(am) pomoc ze środków PFRON**

**wynosi: …………………**

2. Podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

.............................................................

 (czytelny 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 ..........

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

|  |
| --- |
|  Forma kształcenia: |
|  jednolite studia magisterskie |  studia pierwszego stopnia |  studia drugiego stopnia |  |
|  studia podyplomowe |  studia doktoranckie |  kolegium pracowników służb społecznych |
|  kolegium nauczycielskie |  nauczycielskie kolegium języków obcych |  szkoła policealna |
|  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:

...................................................................... w wysokości:................................. zł

...................................................................... w wysokości:................................. zł

**Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) ……………… *(średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)*

Obowiązująca na uczelni **skala ocen**.............................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| 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*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis:

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) ......................................................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

zamieszkały(a)........................................................................................................

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby(zgodnie z przypisem nr 1 i 2):

|  |
| --- |
| Przeciętny miesięczny dochód netto |
| 1. | Wnioskodawca: (imię i nazwisko) |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy – podać topień pokrewieństwa z wnioskodawcą (o ile dotyczy) | x |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
|  | RAZEM: |  |

Oświadczam, także że:

1. przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .........................zł.

(słownie:……………………………………………………………………………………………..……)

1. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ........................................, dnia....................r.

………………………… .....................................................

 miejscowość podpis Wnioskodawcy

***Uwaga:***

*W przypadku ujawnienia podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie 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.*

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** należy rozumieć:

1. dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020r. poz.111.) obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się;

***(Przykład: wniosek złożony w I kwartale 2021r. – przedłożyć dochód za IV kwartał 2020r.)***

1. w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2019r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020r. – M.P. 2020 poz. 852), według wzoru: [(3.244 zł x liczba hektarów przelicz.) : 12 m-cy] : liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

***(Przykład: [(3.244 zł x 4 hektary):12 m-cy]:3 osoby = 360,44 zł na osobę w rodzinie na miesiąc ).***

**Gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

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

 lub

 **b)** samodzielne gospodarstwo –gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów 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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119.1 ) – dalej RODO − informujemy, że będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach z siedzibą w Poddębicach, ul. Łęczycka 28.

**I. Administrator danych osobowych**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach z siedzibą: ul. Łęczycka 28, 99-200 Poddębice jest Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

**II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pan/Pani się skontaktować w sprawach ochrony Pana/Pani danych osobowych pod numerem telefonu: 660 909 886, e-mail: piotrmariusz.karcz@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.

**III. Cele i podstawy przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania w ramach pilotażowego programu ”AKTYWNY SAMORZĄD” na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zw. z art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.

**IV. Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych opisanych powyżej. Administrator zaprzestanie przetwarzać Pana/Pani dane, chyba że będzie w stanie wykazać, iż przetwarzanie danych osobowych będzie w myśl Rozporządzenia niezbędne m. in. do:

1. wywiązania się z obowiązku prawnego,

2. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi,

3. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

**V. Okres przechowywania danych**

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt III celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

**VI. Odbiorcy danych**

Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione z mocy prawa (PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu.

1. **Informacja o zamiarze przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Administrator nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

**VIII. Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Panu/Pani:
a) prawo dostępu do swoich danych;
b) prawo do sprostowania swoich danych;
c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
e) prawo do przenoszenia danych;
f) w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody prze jej cofnięciem;

g) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

**IX. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach, przy czym podanie danych jest:

a) obowiązkowe, jeśli tak zostało to określone w przepisach prawa;

b) dobrowolne, jeśli odbywa się na podstawie Pana/Pani zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub nie zawarcie umowy.

**X. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

W oparciu o Pana/Pani dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pana/Pani zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z niniejszą klauzulą informacyjną.

 …………………………………………………..................................

 (data, czytelny podpis)

……………………………………

(pieczęć zakładu pracy)

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

Zaświadcza się, że

Pan/Pani……………………………………………………………………………………………..…………

zamieszkały/a w ..................................................................................................................................

nr PESEL ………………………………………………………………………………………………...........

Jest zatrudniony/a na stanowisku …………………………………………….……………………..………

Forma zatrudnienia (należy zaznaczyć odpowiednie):

□ 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 2013 r., poz. 674, z późn. zm.)

□ inna forma zatrudnienia (jaka):………………………………………………………………………………………….

□ zatrudnienie na czas (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)

(należy zaznaczyć odpowiednio):

□ określony: od dnia …………………….. r. do dnia …………………………… r.

□ nieokreślony: od dnia ………………………………….. r.

Pani/Pan ………………………………………………………………………. korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów kształcenia (należy zaznaczyć odpowiednie):

□ nie □ tak, w następującym zakresie:

─ nazwa szkoły/uczelni: ………………………………………………………………………………………

─ kierunek nauki: …………………………………………………………………………………………

─ wysokość pomocy finansowej w roku akademickim/szkolnym 20…../20….. , w semestrze: ………..….. wynosi: ……………………zł

(słownie zł: ……………………………………………..……………………………….…………..)

 …………………………………………..

 (data, podpis i pieczątka imienna pracownika

 upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

............................................ .........................................

(Imię) (Miejscowość i data)

............................................

(Nazwisko)

............................................

(Adres zamieszkania)

............................................

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż posiadam środki finansowe przeznaczone na udział własny w kosztach czesnego\* w wysokości …………………… zł.

|  |
| --- |
| **MODUŁ II –wysokość udziału własnego Wnioskodawcy (w kosztach czesnego):** |
| Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu | Wnioskodawcy zatrudnieni | Wnioskodawcy, którzy **nie** są zatrudnieni |
| Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym ( na jednym kierunku) | **15%** | **x** |
| Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) | **65% \*** | **50% \*** |

\* warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym ( drugiego i kolejnych kierunków),

z zastrzeżeniem, iż **z obowiązku wniesienia ww. udziału własnego w module II zwolniony jest wnioskodawca,** gdy wysokość jego przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty **764 zł** (netto) na osobę.

 .............................................................

 (czytelny podpis wnioskodawcy

…………….…………………………….

 *pieczęć szkoły/uczelni*

# ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.........................................................................................................................

nr PESEL .......................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

Rok akademicki………………..… Rok nauki....…..…. semestr nauki.............

Z uwagi na zaistniałą sytuację epidemiologiczną, związaną z ogłoszeniem przez Światową Organizację Zdrowia pandemii koronawirusa (wywołującego COVID-19): (*proszę zakreślić właściwe pole )*

**Pobierała naukę w formie zdalnej w poprzednim semestrze** (na w/w kierunku)

Rok akademicki…………………… Rok nauki.......……. semestr nauki.............

**Pobiera aktualnie naukę w formie zdalnej w bieżącym semestrze** (na w/w kierunku)

Rok akademicki…………………… Rok nauki....………. semestr nauki.............

***\*****-niepotrzebne skreślić*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis: