

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM
WNIOSKODAWCY**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-------------------------------------|---|
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego |
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES ZAMIESZKANIA (POBYT STAŁY)

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------------|---------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś |

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------|----------------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

ADRES ZAMELDOWANIA Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------|----------------|
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- średnie ogólne
 średnie zawodowe
 policealne
 wyższe
 inne, jakie:

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- Nie dotyczy

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 05-R – narząd ruchu
- Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - Dysfunkcja obu kończyn górnych
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne:
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

| Nazwa pola | Wartość |
|--|--|
| Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA 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 niezatrudniona)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniona

Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)

| Forma zatrudnienia | Osoba jest zatrudniona od dnia |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna | |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy | |

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:

Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli dofinansowanie (stypendium) 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:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód Wnioskodawcy (dotyczy gospodarstwa indywidualnego):

Liczba osób w gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą (dotyczy gospodarstwa wspólnego):

| Stopień pokrewieństwa | Średni dochód |
|-----------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł II

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Średni dochód na członka gospodarstwa domowego (dotyczy gospodarstwa wspólnego):

FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

tak nie

I. Kierunek

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

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| Nauka odbywa się w systemie: | <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| System niestacjonarny: | <input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny |
| 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 pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: | <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: | |

DANE UCZELNI/SZKOŁY

I. Kierunek

| Nazwa pola | Wartość |
|------------------------|--|
| Rodzaj uczelni: | <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna |

| | |
|---|--|
| Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa): | |
| Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski: | |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Ulica: | |
| Nr budynku: | |
| Telefon: | |
| Adres WWW: | |
| Wydział: | |
| Kierunek: | |
| Specjalność: | |

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

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

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

tak nie

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

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: tak nie

| Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia | Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu | Kwota wnioskowana (nie może być wyższa od kwoty maksymalnej) |
|---|---|---|
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wnioski o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW: | 800 zł | |
| Podstawowa kwota dodatku: | 1000 zł | |
| Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu: | 700 zł | |
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania: | 500 zł | |
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny: | 300 zł | |
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki: | 300 zł | |
| Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie: | 200 zł | |
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych: | 300 zł | |
| Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego: | 300 zł | |
| Suma: | X | |

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie maksymalnej 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 maksymalnej 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 maksymalnej 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.

II. Kierunek

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

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---|
| Nauka odbywa się w systemie: | <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| System niestacjonarny: | <input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny |
| 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 pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: | <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: | |

DANE UCZELNI/SZKOŁY
II. Kierunek

| Nazwa pola | Wartość |
|--|--|
| Rodzaj uczelni: | <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna |
| Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa): | |
| Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski: | |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Ulica: | |
| Nr budynku: | |
| Telefon: | |

| | |
|---------------------|--|
| Adres WWW: | |
| Wydział: | |
| Kierunek: | |
| Specjalność: | |

WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

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

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

tak nie

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

III. Kierunek

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

| Nazwa pola | Wartość |
|-------------------------------------|---|
| Nauka odbywa się w systemie: | <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| System niestacjonarny: | <input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny |

| | |
|---|---|
| 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 pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: | <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: | |

DANE UCZELNI/SZKOŁY

III. Kierunek

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| Rodzaj uczelni: | <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> inna |
| Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa): | |
| Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski: | |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Ulica: | |
| Nr budynku: | |
| Telefon: | |
| Adres WWW: | |
| Wydział: | |
| Kierunek: | |
| Specjalność: | |

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

 tak nie

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

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

 tak nie

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

PODSUMOWANIE

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Całkowity koszt opłaty za naukę (wszystkie kierunki/formy edukacji): | |
| Udział własny (wszystkie kierunki/formy edukacji): | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania (wszystkie kierunki/formy edukacji): | |
| Procentowy udział własny wnioskodawcy: | |
| Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty: | |

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Średnia ocen w poprzednim semestrze w ramach wszystkich form edukacji i kierunków: | |

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------------------|----------------|
| Numer rachunku bankowego: | |
| Nazwa banku | |

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> | |
| | | |