



## Program finansowany ze środków PFRON - Część A wniosku

### WNIOSEK

#### o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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

#### 1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia.....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez..... ważny do dnia .....r.	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
Liczba osób w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy .....	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b> - pobyt stały	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)	Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo .....	Powiat .....
<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto	Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier.....nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (o ile dotyczy): .....
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:.....

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> znaczny stopień
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> lekki stopień

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  
 bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie nie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 05-R Upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04-O Choroba narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

**niezatrudniona/y:** od dnia:.....  niepracujący i niezarejestrowana/y w PUP  
 bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP od dnia:.....  
 poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia:.....  nie dotyczy

**zatrudniona/y:** od dnia:..... do dnia: .....  
 na czas nieokreślony  określony  
 nie dotyczy

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, **jednakże nie krótszy niż 3 miesiące**

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**)

umowa cywilnoprawna, jaka .....zawarta na okres od ..... do ..... (okresy obowiązywania) umów następujących po sobie sumują się)

staż zawodowy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy od dnia ..... do dnia .....

inna forma zatrudnienia, jaka ..... na okres .....

Nazwa pracodawcy:  
 .....  
 .....

Adres miejsca pracy:  
 .....  
 .....  
 .....

<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b> w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie: ..... Miejsce prowadzenia działalności: .....
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b> w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników	Miejsce prowadzenia działalności: .....

**Kwota przeciętnego miesięcznego dochodu \* netto na osobę w gospodarstwie domowym zatrudnionego Wnioskodawcy**  
 ..... zł

nie dotyczy - Wnioskodawca nie jest zatrudniony

**\* Przez przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220 z późn. zm.), 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 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018 poz. 911), według wzoru:  $(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .**

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne,	

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożono wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPR? – <u>informacje podlegają weryfikacji w PFRON Oddział Mazowiecki</u>						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	

<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						
<b>Ilość semestrów dofinansowanych z PFRON (w tym w ramach programu Student i Student II): .....</b>						
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON    tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>						
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>						
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....						
<b>Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął</b>						

### 3. Informacja o uzyskanych dofinansowaniach do nauki na poziomie wyższym ze środków PFRON

Poziom nauki (studia I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie, podyplomowe, szkoła policealna, itd.)	Okres dofinansowania (wpisać daty od – do)	Ilość semestrów	Nazwa i siedziba uczelni / szkoły	Poziom nauki zaliczony / niezaliczony	Jeśli Wnioskodawca powtarzał semestr – napisać który

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

TAK  NIE Jeśli „TAK”, stronę 5 należy wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:				
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia		
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych		
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej		
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)		
Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)		Data rozpoczęcia nauki/studiów .....		
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> <b>stacjonarnym</b> (studia dzienne)				
<input type="checkbox"/> <b>niestacjonarnym</b> (wieczorowym <input type="checkbox"/> tak, zaocznym <input type="checkbox"/> tak, eksternistycznym <input type="checkbox"/> tak, za pośrednictwem Internetu <input type="checkbox"/> tak)				
Czy wnioskodawca obecnie powtarza semestr nauki: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
Pełna nazwa szkoły: ..... .....				
<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>	<b>Nr posesji</b>	<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Powiat</b>	<b>Województwo</b>	<b>Nr telefonu</b>	<b>adres http://www</b>	
<b>Wydział</b>	<b>Kierunek nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie z innych niż PFRON źródeł <sup>2</sup>	Udział własny – dotyczy zatrudnionych Beneficjentów (15 % lub 65% czesnego - w przypadku więcej niż jednego kierunku)	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę I kierunku (czesne do 100%): ..... <sup>1</sup>				3
Oplata za naukę II kierunku (czesne maksymalnie do 50%): ..... <sup>1</sup>				4
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich – do 4.000 zł				
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:				
<input type="checkbox"/> tak (do 1.000 zł)				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 700 zł) w przypadkach, które określi Realizator				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 500 zł) z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 300 zł) z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 300 zł) z tytułu nauki na dwóch lub więcej kierunkach				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 200 zł) w przypadku, gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie (do 300 zł) dodatku z tytułu bycia osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych				
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 300 zł) w przypadku korzystania z usług tłumacza języka migowego.				
<b>Razem kwota wnioskowana</b>				

<sup>1</sup> należy wpisać kierunek studiów/nauki

<sup>2</sup> tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub od pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania – DOTYCZY WYŁĄCZNIE DOFINANSOWANIA DO CZESNEGO

<sup>3</sup> Dofinansowanie do czesnego powyżej kwoty 3000 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku nie przekracza kwoty 764 zł netto na osobę. W przeciwnym wypadku zwiększeniu ulega udział własny Beneficjenta.

<sup>4</sup> Dofinansowanie do czesnego powyżej kwoty 1500 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku nie przekracza kwoty 764 zł netto na osobę. W przeciwnym wypadku zwiększeniu ulega udział własny Beneficjenta.

**6. Wnioskodawca może wnioskować o zwiększenie kwoty dofinansowania powyżej kwot wskazanych w punkcie 3 i 4, w sytuacji takiej obowiązany jest wskazać okoliczności zasługujące na indywidualne rozpatrzenie sprawy (ewentualnie dołączyć stosowne dokumenty na potwierdzenie przytoczonych argumentów).....**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**7. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tj. poprawa szans Beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji**

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

**Oświadczam, że:**

1. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora jak Powiat Ostrowski
2. **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,**
3. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego, jeśli zgodnie z zasadami programu będzie on konieczny
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu oraz dokumentów programowych są dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprostrowmaz.pl](http://www.pcprostrowmaz.pl)
5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy (współwłaściciela) lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie umowy o dofinansowanie i jej załączników,
9. zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

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.

**INFORMACJA**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:**

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [pcpr@powiatostrowmaz.pl](mailto:pcpr@powiatostrowmaz.pl);

- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

..... dnia ..... /..... /2019 r.

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy



## 8. Załączniki do wniosku: wymagane oraz dodatkowe (wiersze 8-9)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 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. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku <b>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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. <b>W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni</b> – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Dowód osobisty oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kopia Karty Dużej Rodziny – oryginał do wglądu (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Inne załączniki potwierdzające wniosek o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – punkt 5 wniosku (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	