

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”  
Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

Uczeń/student .....

nr PESEL .....

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

.....  
(pełna nazwa, adres szkoły/uczelni)

na wydziale: .....

kierunku: .....

specjalności: .....

Data rozpoczęcia nauki/studiów: .....

Obecnie realizowany rok nauki/studiów: .....

Obecnie realizowany semestr nauki: .....

Średnia ocen za poprzedni rok szkolny/akademicki (nie dotyczy uczniów/studentów I roku) .....

Czas trwania nauki łączna ilość semestrów/ półroczy w toku nauki: .....

### Prawidłową odpowiedź zaznaczyć „X”

Student / uczeń studiuje w przyspieszonym trybie  nie  tak, tj.: .....

Student / uczeń studiuje w spowolnionym trybie:  nie  tak, tj.: .....

Czy uczeń/student pobiera równocześnie naukę na kilku kierunkach:  tak (podać liczbę ....)  nie

Czy uczeń/student powtarzał semestr nauki:  tak (podać rok/semestr ...../.....)  nie

Z jakiego powodu uczeń/student powtarzał semestr nauki: .....

Czy uczeń/student korzystał z przerwy w nauce:  tak (podać w jakim okresie ..... )  nie

Okres zaliczeniowy w szkole/uczelni:  semestr/ półrocze  rok szkolny/akademicki

<sup>1</sup> studia w przyspieszonym trybie – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów;

<sup>2</sup> spowolnienie toku studiów – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów/nauki lub indywidualny tok studiów/nauki, przyjęty na podstawie decyzji uczelni/szkoły, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego/szkolnego). O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów/nauki nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych.

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym(dziennym)  niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym za pośrednictwem Internetu)

**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"/> przewód doktorski             | <input type="checkbox"/> inna (jaka?), proszę wpisać poniżej    |   |
|  |   |   |

Nauka jest odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze dla ww. ucznia/studenta wynosi: ..... zł.

Uczeń/student otrzymał lub otrzyma dofinansowanie do czesnego:

nie  tak (podać za jaki okres ..... ) z następujących źródeł:

1 . ..... w wysokości:..... zł

2 . ..... w wysokości:..... zł

|   |  |
|---|--|
| <b>Organizacja roku szkolnego/akademickiego ...../..... r. w jednym półroczu:</b>     |  |
| Data rozpoczęcia semestru ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> )                              |  |
| Data zakończenia semestru ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> )                              |  |
| Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> )                  |  |
| Data zakończenia sesji egzaminacyjnej ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> )                  |  |
| Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk (o ile dotyczy) ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> ) |  |
| Data zakończenia obowiązkowych praktyk (o ile dotyczy) ( <i>dzień, miesiąc, rok</i> ) |  |

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczętka i podpis upoważnionego pracownika właściwej jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni*

.....  
(pieczęć szkoły/uczelni)

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E**

**do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

Uczeń/student.....  
(imię i nazwisko)

nr PESEL .....

**pobiera(ł) naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym**

- w poprzednim semestrze .....  
(podać semestr i rok szkolny/akademicki)

- w obecnym semestrze .....  
(podać semestr i rok szkolny/akademicki)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Pieczęć i podpis upoważnionego pracownika właściwej  
jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni)

## INFORMACJA DOTYCZĄCA POWTARZANEGO SEMESTRU/PÓLROCZA NAUKI

(dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o ponowne dofinansowanie  
semestru/półrocza nauki ze środków PFRON)

**Oświadczam, że powtarzam następujący semestr/półrocze/a/rok nauki:  
pełna nazwa i adres uczelni/szkoły:**

.....  
.....

**wydział:**

.....  
.....

**kierunek:**

.....  
.....

**specjalność:**

.....  
.....

**forma kształcenia:**

- szkoła policealna       jednolite studia magisterskie       studia pierwszego stopnia  
 studia drugiego stopnia       studia podyplomowe       kolegium pracowników służb społecznych  
 kolegium nauczycielskie       nauczycielskie kolegium języków obcych       studia doktoranckie  
 przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi       nauka na uczelni zagranicznej

**powtarzany rok nauki:**  1  2  3  4  5  6

**powtarzany semestr/półrocze nauki:**  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

**powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki:**

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

**powtarzany semestr/półrocze /rok nauki był/o już dwukrotnie dofinansowany/e ze środków PFRON:**

nie  tak

**niniejszym wnioskiem ubiegam się o ponowne objęcie pomocą finansową semestru/półrocza ze środków PFRON:**  nie  tak

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)



Szanowni Państwo,

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych w ramach realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd, na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 04.05.2016 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) informujemy, że:

1. Administratorami Państwa danych osobowych są:
  - a) Starosta Człuchowski ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów,
  - b) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa (PFRON)
2. Starostwo przetwarza Państwa dane osobowe, by zrealizować zadania dotyczące rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami. PFRON przetwarza Państwa dane osobowe w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest:
  - a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.), która jest podstawą uruchomienia i realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Warunki realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zostały określone w:
    - Kierunki działań i warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2024 r .
    - załączniku nr 3 do uchwały zarządu PFRON nr 19/2020 z 04.03.2020 r. pn. *Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*,
  - b) zawarta umowa o dofinansowanie.
4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Człuchowie możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem ochrony danych osobowych:
  - a) pisemnie: Starostwo Powiatowe w Człuchowie ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów).
  - b) poprzez e-mail: [iod@czluchow.org.pl](mailto:iod@czluchow.org.pl)
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji usługi, o którą się Państwo staracie.
6. Przysługuje Państwu prawo do:
  - dostępu do swoich danych (na zasadach opisanych w art. 15 RODO);
  - sprostowania swoich danych osobowych (na zasadach opisanych w art. 16 RODO);
  - żądania usunięcia danych (na zasadach opisanych w art. 17 i 23 RODO).
7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dane również mogą zostać ujawnione podmiotom realizującym usługi na rzecz Starostwa.

Zapoznałam/em się.

.....  
Data, czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, § 1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”. Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Człuchowskiego,
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. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w roku 2024 (m.in. z Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego progr. „Aktywny samorząd” w 2024 roku, oraz zał. do uchwały nr 19/2023 Rady Nadzorczej PFRON z dn. 29.09.2023 r. - które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [starostwo.czluchow.org.pl](http://starostwo.czluchow.org.pl), 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,
4. 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,
5. zobowiązuję się niezwłocznie zgłaszać Staroście Człuchowskiemu o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
6. obecnie nie korzystam z przerwy w kontynuowaniu nauki, w trakcie której nie ponoszę kosztów nauki (m.in. urlop dziekański, urlop zdrowotny),
7. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

### WKŁAD WŁASNY - WYPEŁNIĆ JEŚLI DOTYCZY!

Posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy wkład własny kwoty brutto do realizacji zadania - wynikający z dokumentu Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2024 roku.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

## ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

**Zaświadcza się, że:**

**Pan/Pani**

.....  
**nr PESEL** \_ \_ \_ \_ \_

**jest zatrudniony 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 (Dz.U.2023 r. poz.735 z późn. zmian.)  
 inna forma zatrudnienia (jaka): .....

**zatrudnienie na czas** (okresy zatrudnienia w ramach wyżej wymienionych form sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia) (należy zaznaczyć odpowiednie):

- określony: od dnia ..... r. do dnia ..... r.  
 nieokreślony: od dnia ..... r.

**Średnie miesięczne wynagrodzenie netto wynosi:** <sup>1</sup> .....

**wyżej wymieniona osoba korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów**

**kształcenia** (należy zaznaczyć odpowiednie):

- nie  
 tak, w następującym zakresie:  
– forma kształcenia:  
 szkoła policealna  jednolite studia magisterskie  studia pierwszego stopnia  studia drugiego stopnia  
 studia podyplomowe  kolegium pracowników służb społecznych  kolegium nauczycielskie  
 nauczycielskie kolegium języków obcych  studia doktoranckie  przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi  nauka na uczelni zagranicznej  
– nazwa szkoły/uczelni:

.....  
.....

.....  
(data, podpis i pieczęć imienna pracownika upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

<sup>1</sup> **wynagrodzenie wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć dochód za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek o dofinansowanie

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU, W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

Niniejszym oświadczam, że (należy zaznaczyć właściwe):

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe  
 razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

|    |  | stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą<br>(np. mąż, żona, syn, córka itd.) | średni miesięczny dochód netto (zł) |
|----|--|--|-------------------------------------|
| 1. | <b>wnioskodawca</b>  | X  |                                     |
| 2. | <b>pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy</b> |  |                                     |
| 3. |  |  |                                     |
| 4. |  |  |                                     |
| 5. |  |  |                                     |
| 6. |  |  |                                     |
| 7. |  |  |                                     |
|    |  | <b>razem:</b>  |                                     |

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

1. wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu (netto) w gospodarstwie domowym<sup>1</sup> wynosi: ..... zł, tj. .... zł na osobę

Przez przeciętny miesięczny dochód należy przez to 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 2023 r. poz. 390 z późn. zmian.), 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 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2023 r. - M.P. 2023, poz. 1030), według wzoru: [(5.549 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

UWAGA: dochody z różnych źródeł sumują się.

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>1</sup> przez gospodarstwo domowe wnioskodawcy, w zależności od stanu faktycznego, należy rozumieć:

- samodzielne gospodarstwo - gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

- wspólne gospodarstwo - gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, 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.

UWAGA: Na żądanie Starostwa Powiatowego w Człuchowie Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez Realizatora środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.



.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę związanego z rodzajem niepełnosprawności wnioskodawcy  
(dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)

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

**nr PESEL** \_ \_ \_ \_ \_

**Zaświadcza się, że dysfunkcja ww. pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe) :**

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
| <b>narządu słuchu</b> | <b>pacjent jest osobą głuchą</b>                               | <i>data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty</i> |
| <b>narządu wzroku</b> | <b>pacjent jest osobą niewidomą</b>                            | <i>data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty</i> |
| <b>narządu ruchu</b>  | <b>pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim</b> | <i>data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty</i> |

## OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

**oświadczam, że:**

korzystam

nie korzystam

**z usług tłumacza języka migowego.**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)