

## ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Lp.	Nazwa
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego).
2.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (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).
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
4.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki.
5.	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.
6.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny.
7.	Oświadczenie wnioskodawcy o ponoszeniu dodatkowych kosztów z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej.
8.	Dokument wydany przez uczelnię potwierdzający uczęszczanie na studia w przyspieszonym trybie.
9.	W przypadku, gdy Wnioskodawca został poszkodowany w 2022 lub w 2023 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - dokument potwierdzony przez właściwą jednostkę, że takie wydarzenie miało miejsce.
10.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym.
11.	Wypełnione przez Wnioskodawcę oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.
12.	Oświadczenie Wnioskodawcy czy w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych

**Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2023r. poz. 390 ze zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się.

**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 i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

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

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(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*):

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</i>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi:

.....zł. (słownie złotych: .....)

(należy wyliczyć zgodnie z *przypisem nr 2*);

**O ile dotyczy** – w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2021 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2022 r. - M.P. 2022 poz. 913), według wzoru:

$[3.288 \text{ zł} \times \dots / 12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym} = \dots$

(liczba hektarów)

**przeciętny miesięczny dochód**

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną.

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

#### **Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie 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, licznymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

### **Przypis nr 1**

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi:**

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. 2023 poz. 1523). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

**Uwaga!** Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{przeciętny miesięczny dochód netto za kwartał} \\ \text{poprzedzający kwartał złożenia wniosku,} \\ \text{podzielony przez 3 miesiące, przypadający na jedną} \\ \text{osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny} \\ \text{(dochód netto wykazany) } / 3 \\ \text{w wierszu „Razem”} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Liczba osób w gospodarstwie domowym} \\ \text{wnioskodawcy} \end{array}}$$

<b>Kwartał złożenia wniosku:</b>	<b>Kwartał, którego dotyczy obliczany dochód:</b>
I – styczeń, luty, marzec – br.	IV – październik, listopad, grudzień – poprzedniego roku
II – kwiecień, maj, czerwiec – br.	I – styczeń, luty, marzec – br.
III – lipiec, sierpień, wrzesień – br.	II – kwiecień, maj, czerwiec – br.
IV – październik, listopad, grudzień – br.	III – lipiec, sierpień, wrzesień – br.

**Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd ” do Realizatora programu tj. Powiatu Nyskiego z siedzibą w Nysie (w Starostwie Powiatowym w Nysie) przy ul. Piastowska 33a, 48-300 Nysa (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

**Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.**

---

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....  
**(imię i nazwisko)**

.....  
**(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)**

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić ):

.....  
**(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)**

przez Realizatora programu tj. Powiat Nyski z siedzibą w Nysie (w Starostwie Powiatowym w Nysie) przy ul. Piastowska 33a, 48-300 Nysa (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją programu „Aktywny Samorząd” w tym m.in. do zawarcia i realizacji umowy w ramach ww. programu. Administrator danych osobowych zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 - RODO), a także zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania , aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

## Oświadczenie Wnioskodawcy

### Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Nysie  **tak** -  **nie**,
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”, 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: [pcprnysa.pl](http://pcprnysa.pl).
4. 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,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
7. 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.
8. korzystając ze środków PFRON na dofinansowanie nauki na poziomie wyższym nie przekroczyłam/am wymiaru 20 semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym ( dotyczy także form wsparcia w ramach programów Student, Student II, Aktywny Samorząd)
9. w przypadku zatrudnienia posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 15%** w kosztach czesnego przy jednej formie kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) lub w przypadku zatrudnienia posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 65 %** w kosztach czesnego przy więcej niż jednej formie kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek).
10. w przypadku braku zatrudnienia posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 50 % w kosztach czesnego przy więcej niż jednej formie kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek).
11. nie powtarzam semestru/półrocza uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON
12. nie rozpoczynam ponownie nauki na poziomie wyższym semestr/półrocze w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym uprzednio dofinansowanej ze środków PFRON

*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.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

.....  
pieczęć zakładu pracy

**ZAŚWIADCZENIE**  
wydane przez Zakład Pracy

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

**zamieszkały/a w** .....

**PESEL** .....

**jest zatrudniony/a w** .....

.....  
(nazwa, adres i tel. kontaktowy Zakładu Pracy)

na czas określony od dnia: ..... do dnia: .....

na czas nieokreślony

**Na podstawie:**

umowy o pracę ( pierwsza umowa,  kontynuacja)

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowy cywilnoprawnej ( pierwsza umowa, kontynuacja)

staż zawodowy

**Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:**

tak, w wysokości .....złotych

nie

**data i czytelny podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej:**

.....

.....  
imię i nazwisko

.....dnia.....

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

## OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych danych (art.233KK)<sup>1</sup> oświadczam, że:

- w poprzednim semestrze pobierałem(am) naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:
- otrzymałem(am) dofinansowanie w kwocie.....,
- nie otrzymałem(am) dofinansowania
- nie dotyczy

.....  
(rok nauki, semestr nauki, kierunek, forma kształcenia) – o ile dotyczy

### **lub**

- aktualnie pobieram naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:
- nie dotyczy

.....  
(rok nauki, semestr nauki, kierunek, forma kształcenia) – o ile dotyczy

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

---

<sup>1</sup> § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....  
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)  
.....

1. Rok nauki(np.1,2 lub 3): ..... semestr nauki: .....
2. Czas trwania nauki – całkowita ilość semestrów/półroczy w toku nauki:.....
3. Planowany termin ukończenia nauki/studiów (rok) .....
4. Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie  tak  nie
5. Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki\*\*:  
 tak  nie  
Jeśli tak, to który rok/semestr nauki .....
6. Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki\*\*:  
 tak  nie  
(przerwa nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)
7. Okres zaliczeniowy w szkole\*\*:  
 semestr  rok akademicki (szkolny)
8. Nauka odbywa się w systemie\*\*:  
 stacjonarnym  niestacjonarnym  
 hybrydowym  przez Internet

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"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

9. Nauka jest odpłatna\*\*:  
 tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi\*\*\*zł .....

10. Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane\*\*:  
 nie  tak - ze środków\*\*\*:

w wysokości: zł ..... w wysokości: zł

Organizacja semestru / półrocza nauki w roku akademickim ...../..... r.	
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)	

- \* - niepotrzebne skreślić
- \*\* - właściwe zaznaczyć
- \*\*\* - jeżeli dotyczy wypełnić

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....  
data, podpis: