

Wniosek złożono w PCPR w Wadowicach
dnia:

Nr sprawy:.....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK MODUŁ II

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” dla wniosków składanych w 2019 roku

(Wnioskodawca wypełnia wniosek 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 Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (zgodnie z art. 25 KC, miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe, o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. powiat

województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA*

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

powiat

województwo

Dane kontaktowe

nr tel.....

email.....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WG. POSIADANEGO ORZECZENIA

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
Niepełnosprawność sprzężona: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności)		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo – płciowego
	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku jestem osobą:		
<input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu		
<input type="checkbox"/> zatrudnioną:		
Stosunek pracy na podstawie:		
<input type="checkbox"/> umowy o pracę <input type="checkbox"/> od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:		
<input type="checkbox"/> powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony, <input type="checkbox"/> inny, jaki:		
<input type="checkbox"/> umowy cywilnoprawnej od dnia:..... do dnia:		
<input type="checkbox"/> stażu zawodowego (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz.U. z 2018 r., poz.1265 z późn. zmian.)		

Prowadzącą działalność

gospodarczą – (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców - Dz. U. z 2018r., poz. 646 z późn. zm.), na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (KRS lub innej) – podać rejestr, numer.....

rolniczą (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników Dz.U. z 2017 r., poz.2336 z późn. zm.)

UWAGA: okresy zatrudnienia wnioskodawcy sumują się, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia

POSIADANE 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, jakie:	

2. Informacje dodatkowe

1. Wnioskodawca pobierając naukę korzysta z pomocy tłumacza języka migowego i ponosi z tego tytułu dodatkowe koszty	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
2. Wnioskodawca pobierając naukę korzysta z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej i ponosi z tego tytułu dodatkowe koszty:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
3. Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Wnioskodawca posiada aktualna (ważną) Kartę Dużej Rodziny (jeżeli tak do Wniosku należy dołączyć kserokopię Karty).	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
5. Wnioskodawca pobiera jednocześnie naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
6. Wnioskodawca studiuje w trybie przyspieszonym	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
7. Wnioskodawca ubiegając się aktualnie o dofinansowanie powtarza semestry/ półrocze objęte niniejszym wnioskiem (pkt. 18 Kierunków, pkt. 19 Kierunków, ppkt 3 i 4, ppkt 6)	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 raz <input type="checkbox"/> 2 razy <input type="checkbox"/>
8. Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych: a) Osobą zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 roku o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r., poz. 1345), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508, z późn. Zm.), b) Osobą, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
9. Wnioskodawca składa dodatkowy wniosek do Zarządu PFRON o zwiększenie kwoty dofinansowania do	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Wniosek MODUŁ II dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

czesnego w wysokości powyżej 3000,00 zł (pkt.10 ppk 3 i pkt 11 Kierunków PFRON)		
10.	Wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia, zmienił kierunek, uczelnię w trakcie pobierania nauki i ponownie pobiera naukę na poziomie uprzednio objętym dofinansowaniem PFRON (jeżeli tak to należy wskazać datę i numer umowy, powiat z którym była zawarta umowa,) 	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

1.	czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach programu STUDENT, STUDENT II, Aktywny Samorząd – Moduł II, w tym poprzez PFRON, PCPR lub MOPR? (jeżeli tak, to należy wymienić je również w tabeli poniżej – wszystkie okresy dofinansowania niezależnie od daty dofinansowania)	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
----	--	---

Lp.	Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie					tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
	Cel, zadanie na które udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania	Numer umowy i nazwa powiatu jeżeli jest inny niż wadowicki	data zawarcia umowy	Wysokość dofinansowania	Termin rozliczenia umowy	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Razem wysokość dofinansowania							

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:

.....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Jeżeli Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia poniższą tabelę należy skopiować i 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 (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)	
Okres trwania nauki w szkole.....(<i>ile semestrów</i>)		Data rozpoczęcia nauki/studiów	
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <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			
Pełna nazwa szkoły:			
.....			
.....			
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki Semestr nauki
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

OPŁATA ZA NUKE/CZESNE

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne): **			
Opłata za naukę (czesne): **			
RAZEM OPŁATA ZA NAUKĘ/CZESNE			

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół, uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA:

(wnioskowaną wysokość dodatku należy określić zgodnie z zadaniami obowiązującymi w Kierunkach (...) określonych na 2018 rok

Wnioskowany dodatek	Maksymalna kwota dodatku o jaką można się starać	Wysokość dodatku (100%)
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia	1 000,00 zł	
Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich	1 000,00 zł	
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania	500,00 zł	
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny	300,00 zł	
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki	300,00 zł	
Zwiększenie z tytułu korzystania z pomocy tłumacza języka migowego	300,00 zł	
Zwiększenie z tytułu studiowania w trybie przyspieszonym	200,00 zł	
Zwiększenie dodatku z tytułu uszkodzenia w 2018 i 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	300,00 zł	
Zwiększenie dodatku w przypadkach określonych przez Realizatora programu tj.: <input type="checkbox"/> gdy Wnioskodawca pobierając naukę korzysta z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej i ponosi z tego tytułu dodatkowe koszty, <input type="checkbox"/> z powodu niepełnosprawności w wyniku której Wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim, <input type="checkbox"/> ze względu na niepełnosprawność sprzężoną <input type="checkbox"/> w przypadku zamieszkiwania na terenach wiejskich	700,00 zł – w przypadku dwóch lub więcej przesłanek 300,00 – w przypadku jednej przesłanki	
RAZEM:	-----	

PROCENT WYLICZONEJ MAKSYMALNEJ KWOTY DODATKU

50%

75%

100%

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (czesne + dodatek)

SŁOWNIE:

6. Uzasadnienie wniosku (wskazujące na związek dofinansowania z możliwością realizacji celów):

7. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
Imię i nazwisko Wnioskodawcy – właściciela lub współwłaściciela rachunku bankowego
numer rachunku bankowego
<small>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</small>
nazwa banku

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu wadowickiego oraz nie będę się ubiegał odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) tak - nie,
2. posiadam środki finansowe przeznaczone na pokrycie udziału własnego czesnego/ opłaty za naukę oraz że środki te nie pochodzą z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: tak nie nie dotyczy
3. 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,
4. 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, a w szczególności z „Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu Aktywny Samorząd w 2019 r.
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 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 byłam(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, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jego 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.	
miejscowość	data	podpis Wnioskodawcy

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Informacja dotycząca zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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. 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 . Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – 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.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Faktura Vat dotycząca odpłatności za naukę (czesne) za dany semestr w roku bieżącym wystawiony na wnioskodawcę wraz z potwierdzeniem zapłaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia losowego lub inny dokument potwierdzający inne zdarzenie losowe (np. pożar, kradzież, zalanie) wydany przez właściwą jednostkę (np. jednostka pomocy społecznej, straż pożarna, policja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Decyzja o spowolnieniu toku studiów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Zaświadczenie o studiach w przyspieszonym trybie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	INNE ZAŁĄCZNIKI (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REALIZATOR	DATA	PODPIS
ZWERYFIKOWANO DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY NA PODSTAWIE DOWODU OSOBISTEGO:		