

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

**ADRES ZAMIESZKANIA (POBYT STAŁY)**

| Nazwa pola          | Wartość |
|---------------------|---------|
| <b>Województwo:</b> |         |
| <b>Powiat:</b>      |         |
| <b>Ulica:</b>       |         |
| <b>Nr domu:</b>     |         |
| <b>Nr lokalu:</b>   |         |

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

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

**ADRES ZAMELDOWANIA**

Taki sam jak adres zamieszkania

| <b>Nazwa pola</b>    | <b>Wartość</b> |
|----------------------|----------------|
| <b>Ulica:</b>        |                |
| <b>Nr domu:</b>      |                |
| <b>Nr lokalu:</b>    |                |
| <b>Miejscowość:</b>  |                |
| <b>Kod pocztowy:</b> |                |
| <b>Poczta:</b>       |                |

**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<br><input type="checkbox"/> nie  |
| Stopień niepełnosprawności:  | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:                       | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| Grupa inwalidzka:  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| Niezdolność:   | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><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  |
|--|--|
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>   | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><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 niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

**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 (tabela na stronie 8 i kolejnych) 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 |
|-----------------------|---------------|
|                       |               |
|                       |               |
|                       |               |
|                       |               |

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

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

**Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy)** - dochód netto 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:  $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

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

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Nauka odbywa się w systemie:</b>   | <input type="checkbox"/> stacjonarnym<br><input type="checkbox"/> niestacjonarnym<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <b>System niestacjonarny:</b>   | <input type="checkbox"/> zaoczny<br><input type="checkbox"/> wieczorowy<br><input type="checkbox"/> eksternistyczny       |
| <b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>          | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Rok akademicki/szkolny:</b>  |   |
| <b>Semestr nauki:</b>   |   |
| <b>Data rozpoczęcia semestru:</b>   |   |
| <b>Data zakończenia semestru:</b>   |   |



**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

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

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

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

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

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Nauka odbywa się w systemie:</b>   | <input type="checkbox"/> stacjonarnym<br><input type="checkbox"/> niestacjonarnym<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <b>System niestacjonarny:</b>   | <input type="checkbox"/> zaoczny<br><input type="checkbox"/> wieczorowy<br><input type="checkbox"/> eksternistyczny       |
| <b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>          | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Rok akademicki/szkolny:</b>  |   |
| <b>Semestr nauki:</b>   |   |
| <b>Data rozpoczęcia semestru:</b>   |   |
| <b>Data zakończenia semestru:</b>   |   |

## DANE UCZELNI/SZKOŁY

### II. Kierunek

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

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>  |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  |
| <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Nr budynku:</b>   |  |
| <b>Telefon:</b>      |  |
| <b>Adres WWW:</b>    |  |
| <b>Wydział:</b>      |  |
| <b>Kierunek:</b>     |  |
| <b>Specjalność:</b>  |  |

### 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:  |                   |

### III. Kierunek

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

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Nauka odbywa się w systemie:</b>   | <input type="checkbox"/> stacjonarnym<br><input type="checkbox"/> niestacjonarnym<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <b>System niestacjonarny:</b>   | <input type="checkbox"/> zaoczny<br><input type="checkbox"/> wieczorowy<br><input type="checkbox"/> eksternistyczny       |
| <b>Nauka za pośrednictwem internetu:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:</b>          | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Rok akademicki/szkolny:</b>  |   |
| <b>Semestr nauki:</b>   |   |
| <b>Data rozpoczęcia semestru:</b>   |   |
| <b>Data zakończenia semestru:</b>   |   |

### DANE UCZELNI/SZKOŁY III. Kierunek

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

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>  |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  |
| <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Nr budynku:</b>   |  |
| <b>Telefon:</b>      |  |
| <b>Adres WWW:</b>    |  |
| <b>Wydział:</b>      |  |
| <b>Kierunek:</b>     |  |
| <b>Specjalność:</b>  |  |

### 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 (WSZYSTKIE KIERUNKI)**

| Nazwa pola  | Wartość |
|---|---------|
| <b>Całkowity koszt opłaty za naukę:</b>                         |         |
| <b>Udział własny:</b>   |         |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:</b>               |         |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:</b>                |         |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania razem:</b>                  |         |
| <b>Procentowy udział własny wnioskodawcy:</b>                   |         |
| <b>Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:</b> |         |

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

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

**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 |
|----------------------------------|---------|
| <b>Numer rachunku bankowego:</b> |         |
| <b>Nazwa banku</b>               |         |

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.

| Miejscowość  | Data | Podpis Wnioskodawcy   |
|--|------|---|
|  |      |   |
| <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> |
|  |      |   |