**Załączniki wymagane do wniosku Moduł II**

|  |
| --- |
|  |
|  | **Nazwa załącznika** |
|  | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |
|  | Klauzula informacyjna - *załącznik nr 1* |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 2 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 2 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.* |
|  | Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków przeznaczonych na udział własny - *załącznik* *nr 3 ( o ile dotyczy).* |
|  | 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*). |
|  | Kserokopia aktualnej ( ważnej) Karty Dużej Rodziny ( o ile dotyczy). |
|  | Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie osoby w 2022 lub 2023 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( o ile dotyczy ). |
|  | Zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające, że Wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym - (o ile dotyczy). |
|  | Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca poddaje się leczeniu onkologicznemu, oczekuje na przeszczep bądź przeszedł operację przeszczepienia narządów lub tkanek ( zaświadczenie lekarskie, wypis ze szpitala)- (o ile dotyczy). |

*Załącznik nr 1 Moduł II*

KLAUZULA INFORMACYJNA

(Aktywny samorząd)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. Urz. UE L 119 ) informuję, iż

1. Administratorem Pani/Pana oraz dziecka danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie. Kontakt z Administratorem Danych Osobowych jest możliwy:

 - telefonicznie: 62 783 19 95

- listownie: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie ul. Waryńskiego 15, 98-400 Wieruszów,

- e-mail: biuro@pcpr-wieruszow.org

2. W PCPR w Wieruszowie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych – Sławomir Mazur, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 727931623 lub adresem e-mail:slawek6808@op.pl

3. Pani/Pana oraz dziecka dane osobowe są przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zakresie przyznawania dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd” na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zw. z art. 6 ust 1 lit.c i art.9 ust.2 lit b RODO.

4. Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione z mocy prawa (PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu).

5. PCPR w Wieruszowie nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana oraz dziecka dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów z uwzględnieniem przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana oraz dziecka danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;

8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych w PCPR w Wieruszowie, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

10. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem realizacji wniosku.

11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

 *Załącznik nr 2 Moduł II*

…………….…………………………….

 *pieczęć szkoły/uczelni*

**ZAŚWIADCZENIE**

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PCPR w Wieruszowie
 (program „Aktywny samorząd”)*

Pan/Pani......................................................................................................................................
nr PESEL ....................................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………...

*(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)*

……………………………………………………………..… Rok nauki....……. semestr nauki.......

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym,

Okres trwania nauki ( liczba lat) ……………………………..

|  |
| --- |
|  ***Forma kształcenia:*** |
|  jednolite studia magisterskie |  studia pierwszego stopnia |  studia drugiego stopnia |
|  studia podyplomowe |  studia doktoranckie |  kolegium pracowników służb społecznych |
|  kolegium nauczycielskie |  nauczycielskie kolegium języków obcych |  szkoła policealna |
|  seminarium doktoranckie |  uczelnia zagraniczna |  przewód doktorski (dotyczy osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
|  staż zawodowy za granicą w ramach programów UE |  szkoła doktorska |  |
|  |

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jeden semestr/półrocze**\*\***(w odniesieniu do w/w. studenta) wynosi: .................................................................. zł

Czesne w/w. studenta w bieżącym semestrze/półroczu jest dofinansowane:  nie  tak

- ze środków\*\*:

1. ...................................................................... w wysokości:................................. zł
2. ...................................................................... w wysokości:................................. zł

|  |
| --- |
| Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ................./................ r. w jednym semestrze/półroczu: |
| 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)* |  |
| Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk**\*\*** *(dzień, miesiąc, rok)* |  |
| Data zakończenia obowiązkowych praktyk**\*\*** *(dzień, miesiąc, rok)* |  |

***\*****-niepotrzebne skreślić*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły/Uczelni*

data, podpis:

 *Załącznik nr 3 Moduł II*

………………………………………….. ……………………………………...

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

…………………………………………..

Adres zamieszkania

***Oświadczenie***

Oświadczam, iż posiadam środki przeznaczone na udział własny w kosztach

czesnego\* w wysokości ………………………zł.

 …………………………………………….

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

|  |
| --- |
| ***Wysokość udziału własnego Wnioskodawcy ( w kosztach czesnego):*** |
| *Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu* | *Wnioskodawcy zatrudnieni* | *Wnioskodawcy nie zatrudnieni* |
| *Jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku)* | ***10%*** | ***x*** |
| *Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek)* | ***60% \**** | ***50% \**** |

***\**** *warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym( drugiego i kolejnych kierunków)*

**UWAGA !**

W przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę, wnioskodawca jest zwolniony z udziału własnego w kosztach czesnego.