



Data wpływu:.....

Numer wniosku



program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „Moduł II”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

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 ważny do r.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

Województwo

ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny:

nr kier.nr tel..... nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON
 - inne, jakie:

2. Informacja o osobie reprezentującej Wnioskodawcę – należy wypełnić wszystkie pola (opiekun prawny lub pełnomocnik ustanowiony na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie)

DANE PERSONALNE

opiekun prawny Wnioskodawcy

pełnomocnik

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

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez ważny do r.

PESEL

Ustanowionym opiekunem*/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia Sygn. Akt* na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia
.....r. repet. Nr

*zaznaczyć właściwe

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy miejscowość

UlicaNr domu nr lok.

PowiatWojewództwo

Kontakt telefoniczny:

nr kier. nr tel..... nr tel. komórkowego:.....

e’mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
.....

3. Informacja dot. orzeczenia o niepełnosprawności, zatrudnienie oraz aktualnie realizowanego etapu kształcenia.

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> 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				
<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 nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:		Prawe oko:	
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....		Ostrość wzoru (w korekcji):.....	
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni		Zwężenie pola widzenia: stopni	
<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"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA				
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:			Nazwa pracodawcy:	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:			Adres miejsca pracy:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<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				
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:		
Nr NIP:		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności:		

6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania.

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE

Jeśli „TAK”, 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 (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak nie

Pełna nazwa szkoły:

.....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	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

7. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze).

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Wkład własny***	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne):**			15% dla zatrudnionych Wnioskodawców	
Opłata za naukę (czesne):**			65% w przypadku zatrudnionego/50% w przypadku niezatrudnionego wnioskodawcy	
Opłata za naukę (czesne):**			65% w przypadku zatrudnionego/50% w przypadku niezatrudnionego wnioskodawcy	
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			X	
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			X	
Zwiększenia do dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:	X			
1. Ponoszenie dodatkowych kosztów z powodu barier w poruszaniu się (osoby na wózkach inwalidzkich), z powodu barier w komunikowaniu się (osoby korzystające z tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej****)			X	
2. Ponoszenie kosztów związanych z pobieraniem nauki poza miejscem zamieszkania.			X	
3. Wnioskodawca pomocy posiada Kartę Dużej Rodziny (załączyć należy kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie Karty Dużej Rodziny).			X	
4. Wnioskodawca pomocy pobiera jednocześnie naukę na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki.			X	
Razem				

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

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

*** osoby zatrudnione -15% w przypadku jednego kierunku, 65 % w przypadku drugiego i kolejnych kierunków, osoby nie zatrudnione 50% w przypadku drugiego i kolejnych kierunków,

****należy dostarczyć oryginał umowy zawartej pomiędzy Wnioskodawcą pomocy a tłumaczem/asystentem zawierającej dane oraz uprawnienie takiej osoby.

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

numer rachunku bankowego

(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku

Oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na ten sam cel finansowy za środków PFRON pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
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 oraz, że poinformuję bezzwłocznie Realizatora o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku o dofinansowanie,
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,
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. **posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego (właściwe zaznaczyć):**
 - a) 15% dla osób zatrudnionych oraz studiujących na jednym kierunku studiów
 - b) 65% dla osób zatrudnionych oraz studiujących na dwóch lub kilku kierunkach studiów
 - c) 50% dla osób nie zatrudnionych, studiujących na dwóch lub więcej kierunkach studiów
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(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,**
9. Posiadam Kartę Dużej Rodziny – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 roku o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. poz. 1863), lub inny dokument, na podstawie którego Wnioskodawca pomocy objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramach programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nie obudowany programem:

tak - nie.

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

10. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)
3.	Oświadczenia o wyrażeniu 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
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.
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.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, o okresie zatrudnienia oraz czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości) – załącznik nr 4 do wniosku
7.	Kopia Karty Dużej Rodziny
8.	Kserokopia umowy zawartej między Wnioskodawcą a asystentem osoby niepełnosprawnej/tłumaczem języka migowego zawierającej dane osoby oraz uprawnienia takiej osoby.
9.	Inne załączniki (należy wymienić):
10.	
11.	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Numer wniosku

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 wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenia o wyrażeniu 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 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, o okresie zatrudnienia oraz czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości) – załącznik nr 4 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Kopia Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Kserokopia umowy zawartej między Wnioskodawcą a asystentem osoby niepełnosprawnej/tłumaczem języka migowego zawierającej dane osoby oraz uprawnienia takiej osoby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku

Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

...../...../ 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku:

pozytywna

negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

- tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak - nie

Data, pieczętka i podpis pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

