

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

### Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez.....ważny do ..... Płeć: kobieta mężczyzna  
PESEL ..... Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty  
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)  
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   -    .....  
(pocztą)  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... nr lokalu .....  
Powiat .....  
Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....  
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:

| STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                                                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji<br>lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji                                                           |                                                                               | znacznym stopień                                                                                                                                                                    | I grupa inwalidzka                                                                                                                          |                                              |
| całkowita niezdolność do pracy                                                                                                                                                  |                                                                               | umiarkowany stopień                                                                                                                                                                 | II grupa inwalidzka                                                                                                                         |                                              |
| częściowa niezdolność do pracy                                                                                                                                                  |                                                                               | lekki stopień                                                                                                                                                                       | III grupa inwalidzka                                                                                                                        |                                              |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:      okresowo do dnia: .....      bezterminowo                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                                                                                                                                       |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie: <b>obu</b> kończyn górnych <b>jednej</b> kończyny górnej<br><b>obu</b> kończyn dolnych <b>jednej</b> kończyny dolnej      innym          |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:                                                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:                                                                                                          |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:                                                                                                       |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b><br>osoba niewidoma<br>osoba głuchoniewidoma                                                                                                           |                                                                               | Lewe oko:<br>Ostrość wzroku (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni<br>Prawe oko:<br>Ostrość wzroku (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |                                                                                                                                             |                                              |
| INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):                                                                               |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe                                                                                                                                              | 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>- <b>OSOBA GŁUCHA</b> | 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia                                                                                                                                  | 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego                                                                                             | 11- <b>I</b> inne                            |
| 02- <b>P</b> choroby psychiczne                                                                                                                                                 | 06- <b>E</b> epilepsja                                                        | 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego                                                                                                                                             | 10- <b>N</b> choroby neurologiczne                                                                                                          | 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |
| AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA                                                                                                                                                              |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| niezatrudniona/y: od dnia: .....      bezrobotna/y      poszukująca/y pracy      nie dotyczy                                                                                    |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....<br>na czas nieokreślony      inny, jaki: .....                                                                                     |                                                                               |                                                                                                                                                                                     | Nazwa pracodawcy: .....<br>Adres miejsca pracy: .....<br>.....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |                                              |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę<br>stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę<br>umowa cywilnoprawna<br>staż zawodowy |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                              |
| działalność gospodarcza<br>Nr NIP: .....                                                                                                                                        |                                                                               | na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ....., dokonanego w urzędzie: .....<br>inna, jaka i na jakiej podstawie: .....                                         |                                                                                                                                             |                                              |
| działalność rolnicza                                                                                                                                                            |                                                                               | Miejsce prowadzenia działalności: .....                                                                                                                                             |                                                                                                                                             |                                              |

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

|                |                  |            |
|----------------|------------------|------------|
| podstawowe     | gimnazjalne      | zawodowe   |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe         | inne, jakie:     |            |

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? |                                                                              |                                                                                                  |                                |                    |                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/<br>lub zadania, w ramach<br>którego przyznana została<br>pomoc)                                                                      | Przedmiot<br>dofinansowania<br>(co zostało<br>zakupione ze<br>środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko<br>osoby, dla której<br>Wnioskodawca<br>uzyskał środki<br>PFRON) | Numer i data<br>zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana<br>(w zł) | Kwota rozliczona<br>przez organ<br>udzielający<br>pomocy<br>(w zł) |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| .....                                                                                                                                                                      | .....                                                                        | .....                                                                                            | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |  |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>                                                                                                                                      |                                                                              |                                                                                                  |                                |                    |                           |                                                                    |  |

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: .....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Liczba semestrów na które Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie przed złożeniem niniejszego wniosku.....

**3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II**

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:**

|                                 |                                                               |                                                                                                    |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| jednolite studia magisterskie   | studia pierwszego stopnia                                     | studia drugiego stopnia                                                                            |
| studia podyplomowe              | studia doktoranckie                                           | nauka w kolegium pracowników służb społecznych                                                     |
| nauka w kolegium nauczycielskim | nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych                | nauka w szkole policealnej                                                                         |
| nauka na uczelni zagranicznej   | staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | 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:** .....

|                    |                       |                                              |                                       |
|--------------------|-----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|
|                    |                       |                                              |                                       |
| <b>Miejscowość</b> | <b>Ulica</b>          | <b>Nr posesji</b>                            | <b>Kod pocztowy</b>                   |
|                    |                       |                                              |                                       |
| <b>Powiat</b>      | <b>Województwo</b>    | <b>Nr telefonu</b>                           | <b>adres http://www</b>               |
| <b>Wydział</b>     | <b>Kierunek nauki</b> | <b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b> | <b>Rok nauki</b> <b>Semestr nauki</b> |
|                    |                       | <b>tak</b> <b>nie</b>                        |                                       |

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)      **tak**      **nie**

**4. 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* | Kwota wnioskowana (w zł) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|
| Oплата за науку (czesne): ..... **                                                                                                                                           |              |                                                        |                          |
| Oплата за науку (czesne): ..... **                                                                                                                                           |              |                                                        |                          |
| Oплата за науку (czesne): ..... **                                                                                                                                           |              |                                                        |                          |
| Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |              |                                                        |                          |
| <b>DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA</b>                                                                                                                               |              |                                                        |                          |
| <b>Razem</b>                                                                                                                                                                 |              |                                                        |                          |

\* 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

## 5. Informacje uzupełniające

Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu:

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*** (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) 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 .....

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu lwóweckiego ☐ tak - ☐ nie,
- 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,
- 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: [www.pcpr.powiatlwowecki.pl](http://www.pcpr.powiatlwowecki.pl) oraz <http://bip.lwowecki.epcpr.pl/>
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- w przypadku przedstawienia dokumentów wystawionych w języku innym niż język polski, zobowiązuję się do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Posiadam aktualną (ważną) Kartę Dużej rodziny ☐ tak- ☐ nie
- Ponoszę dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się ☐ tak- ☐ nie

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

**6. 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 wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Oświadczenie wnioskodawcy dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <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 5 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.<br><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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"/> |                          |
| 6.               | 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"/> |                          |
| 7.               | Kserokopia dowodu osobistego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Oświadczenie o nieubieganiu się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora ( na terenie innego samorządu powiatowego)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Oświadczenie o pobieraniu nauki poza miejscem zamieszkania.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | Kserokopia aktualnej ( ważnej) Karty Dużej Rodziny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Dokumenty potwierdzające ponoszenie kosztów z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              | Inne załączniki (należy wymienić):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> |                          |