Kraków, dnia……………….

**Komisja ds. Stwarzania Osobom Niepełnosprawnym Warunków do Pełnego Udziału w Procesie Przyjmowania na Studia, do Szkół Doktorskich, Kształceniu na Studiach i w Szkołach Doktorskich lub Prowadzeniu Działalności Naukowej**

# WNIOSEK

w zakresie udzielenia **wsparcia o charakterze indywidualnym** ze środków dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej

Imię i nazwisko……………………………………………………………….

PESEL……………….............................................

Wydział ……………………………………………………..

Kierunek…………………………………………………….

Rok studiów…………./ semestr …………….

Nr albumu………………………………

e-mail………………………

telefon………………………..

Poziom kształcenia: jednolite magisterskie/ pierwszego stopnia/ drugiego stopnia/trzeciego stopnia -doktoranckie [niepotrzebne skreślić]

Forma studiów: stacjonarne/ niestacjonarne [niepotrzebne skreślić]

Stopień niepełnosprawności: znaczny/ umiarkowany/lekki [niepotrzebne skreślić]

Symbol niepełnosprawności……………………………………

Dodatkowe informacje na temat niepełnosprawności, uzasadniające przyznanie wsparcia:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Dane kontaktowe

Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji [podać, w przypadku, gdy adres do korespondencji jest różny od adresu zamieszkania]:

…………………………………………………………………………………………………

Odległość w km dzieląca miejsce zamieszkania i miejsce odbywania zajęć [wypełnić, w przypadku, gdy student ubiega się o wsparcie związane z transportem na zajęcia]:

…………………………………………………………………………………………………

**Wnoszę o przyznanie mi wsparcia w postaci:**

…………………………………………………………………………………………………

(rodzajowa lista wsparcia dostępnego dla studentów w ramach dotacji znajduje się na stronie internetowej Biura ds. Osób Niepełnosprawnych KAAFM)

# UZASADNIENIE

(w uzasadnieniu należy wskazać m.in., w przypadku ubiegania się o wsparcie w postaci usług asystenta, na czym miałaby polegać praca asystenta, wymiar godzinowy pracy w tygodniu, harmonogram zajęć, na których asystent miałby towarzyszyć osobie niepełnosprawnej wraz ze wskazaniem nazw tych przedmiotów itp).

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Kraków, dnia ………………………..

Czytelny podpis

…………………………………………

# Oświadczenia studenta:

Oświadczam, że spełniam kryteria do otrzymania wsparcia w ramach dotacji, zgodnie z § 10 regulaminu przyznawania wsparcia oraz dysponowania środkami dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia.

Kraków, dnia ……………………….

Czytelny podpis

…………………………………

Poniższe oświadczenie wypełnić wyłącznie w przypadku **pobierania** świadczeń pomocy materialnej:

Oświadczam, że pobieram świadczenia pomocy materialnej dla studentów i doktorantów, w postaci stypendium …………………………………………………………….., na mocy decyzji z dnia ………………………………………………….

Kraków, dnia ………………………..

Czytelny podpis

…………………………………………………

Poniższe oświadczenie wypełnić wyłącznie w przypadku **nie pobierania** świadczeń pomocy materialnej:

Oświadczam, że nie pobieram świadczenia pomocy materialnej dla studentów i doktorantów, a dochód netto na jednego członka mojej rodziny wyniósł w poprzednim roku kalendarzowym ……………………… złotych (po odliczeniu dochodu utraconego i wliczeniu dochodu uzyskanego).

Kraków, dnia ………………………..

Czytelny podpis

…………………………………..

Świadomy odpowiedzialności prawnej (karnej, cywilnej i dyscyplinarnej) za podanie nieprawdziwych informacji, oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Kraków, dnia ………………………..

Czytelny podpis

…………………………….

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami udzielania wsparcia w ramach dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej i akceptuję je w całości.

Kraków, dnia ………………………..

Czytelny podpis

………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Kraków, dnia ………………………..

Czytelny podpis

……………………………

Załączniki [zaznacz X, jeżeli załączasz wymieniony poniżej dokument do wniosku]:

□ kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub o niezdolności do samodzielnej egzystencji,

□ kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy materialnej dla studentów,

□ harmonogram zajęć

□ inne, jakie?................................................................................................................................

\* właściwe zaznaczyć i wypełnić, niepotrzebne skreślić

# Wypełnia pracownik BON:

Wnioskodawca w:

semestrze …………….roku akademickiego …………………….ma zgodnie z planem studiów i harmonogramem zajęcia w wymiarze ……….. godzin tygodniowo\*

Liczba godzin z przedmiotów, z których student/ doktorant niepełnosprawny wnioskuje o przyznanie wsparcia wynosi .................... w semestrze ................ / roku akademickim .........................\*

Czytelny podpis pracownika BON

……………………………..

# Wypełnia Pełnomocnik Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych:

|  |
| --- |
| Opinia:Wniosek należy uznać za zasadny/niezasadny gdyż: …………………………………………........................................................................................................................................................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie ............................................................................................................................................................................................................................................:……… ……………………………….. ………………………………………………………………………………………………… w liczbie godzin (jednorazowo/miesięcznie) ………………………………………………na okres …………………………………………………………………………………….. Posiadane przez Uczelnię środki w ramach dotacji pozwalają / nie pozwalają\* na udzielenie wsparcia w postaci opłacenia usług asystenckich we wskazanym powyżej zakresie i okresie.……………………………..Czytelny podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych |

# Wypełnia BON

Na podstawie § 10 Regulaminu przyznawania wsparcia oraz dysponowania środkami dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej zostało sprawdzone przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych, że Pan/Pani..................................................:

1. legitymuje się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE\*, oraz przedłożył(a) stosowne zaświadczenie TAK/NIE\*,

...........................................................................................................................................

1. posiada uregulowany status studenta/ doktoranta TAK/NIE\*,

.................................................................................................................................................

1. przebywa na długoterminowym urlopie od zajęć TAK/NIE\*,

................................................................................................................................................

…………………………………….

Data i czytelny podpis pracownika BON