

**Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania stypendiów dla uczniów z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”**

**Metryczka:**

|                                          |  |              |
|------------------------------------------|--|--------------|
| Data wpływu wniosku:                     |  | KOD wniosku: |
| Godzina wpływu wniosku:                  |  |              |
| Podpis pracownika przyjmującego wniosek: |  |              |

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM**

**UWAGA:**

Kandydat wypełnia wyłącznie białe pola.

Wniosek należy wypełnić komputerowo lub czytelnie ręcznie i złożyć w wersji papierowej (wydrukowanej, potwierdzonej własnoręcznym podpisem Kandydata/Kandydatki lub osoby reprezentującej Kandydata/Kandydatkę.

Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć:

- osobiście w siedzibie Udzielającego stypendium właściwego dla miejsca zamieszkania kandydata, w godzinach pracy biura Partnera lub
- przesać listem poleconym lub
- przesać przesyłką kurierską w zaklejonej kopercie

z dopiskiem: „Wniosek o stypendium w ramach projektu Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”

W sytuacji przesłania wniosku listem poleconym lub przesyłką kurierską, o przyjęciu wniosku decyduje data wpływu przesyłki do Partnera – podmiotu Udzielającego stypendium właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Kandydata.

**W sytuacji przesłania wniosku listem zwykłym pozostanie on bez rozpatrzenia.**

|                                                                    |                 |                               |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| <b>CZĘŚĆ A</b>                                                     |                 |                               |
| <b>A1. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI UBIEGAJĄCEGO SIĘ O STYPENDIUM</b> |                 |                               |
| Imię:                                                              | Nazwisko:       | Telefon (obowiązkowo):        |
| PESEL*:                                                            | Data urodzenia: | E-mail:                       |
| <b>A2. ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA/KANDYDATKI</b>                 |                 |                               |
| Województwo:                                                       | Powiat:         | Gmina:                        |
| Miejscowość:                                                       | Kod pocztowy:   | Ulica i numer domu/mieszkania |
| <b>A3. ADRES DO KORESPONDENCJI KANDYDATA/KANDYDATKI</b>            |                 |                               |
| Województwo:                                                       | Powiat:         | Gmina:                        |
| Miejscowość:                                                       | Kod pocztowy:   | Ulica i numer domu/mieszkania |
| <b>A4. DANE SZKOŁY, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA KANDYDAT/KANDYDATKA</b>    |                 |                               |



|                                                         |               |
|---------------------------------------------------------|---------------|
| Rodzaj szkoły:                                          | Nazwa szkoły: |
| Adres szkoły (ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy): |               |

\*) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                   |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>CZĘŚĆ B</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Należy wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa osoba reprezentująca Kandydata/Kandydatkę*</b> |                               |
| <b>B1. DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ *) KANDYDATA/KANDYDATKĘ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                   |                               |
| Imię:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nazwisko:                                                                                         | Telefon (obowiązkowo):        |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                   |                               |
| <b>B2. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ *) KANDYDATA/KANDYDATKĘ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                   |                               |
| Województwo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Powiat:                                                                                           | Gmina:                        |
| Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Kod pocztowy:                                                                                     | Ulica i numer domu/mieszkania |
| Rodzaj dokumentu, który potwierdza uprawnienie osoby do reprezentowania ucznia, np. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Odpis aktu urodzenia</li> <li>• Dokument potwierdzający ustanowieniu opiekuna prawnego</li> <li>• Pełnomocnictwo notarialne</li> </ul> (należy załączyć kserokopię dokumentu - oryginał do wglądu na drugim etapie rekrutacji). |                                                                                                   |                               |

\* Osoba reprezentująca Kandydata/Stypendystę - oznacza w szczególności: matkę albo ojca, jeżeli dziecko jest niepełnoletnie oraz wspólnie zamieszkuje i pozostaje na utrzymaniu matki albo ojca, opiekuna faktycznego dziecka, jeżeli dziecko wspólnie zamieszkuje i pozostaje na utrzymaniu opiekuna faktycznego, albo opiekuna prawnego dziecka, albo dyrektora domu pomocy społecznej, albo opiekuna zastępczego, osobę prowadzącą rodzinny dom dziecka, dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektora regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej albo dyrektora interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 177), albo kuratora albo osobę posiadającą pisemne pełnomocnictwo notarialne ogólne lub do reprezentowania Kandydata w sprawie programu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny Uczeń”.



**CZĘŚĆ C**
**C1. KRYTERIA FORMALNE – OBOWIĄZKOWE DLA KANDYDATA/KANDYDATKI**

WYPEŁNIA KANDYDAT/KANDYDATKA LUB OSOBA REPREZENTUJĄCA KANDYDATA/KANDYDATKĘ  
NALEŻY ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE

|                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zamieszkuję na terenie województwa dolnośląskiego:<br>Gmina ....., Powiat .....                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Realizuję obowiązek szkolny na poziomie podstawowym<br>lub<br>realizuję obowiązek nauki na poziomie ponadpodstawowym (z wyłączeniem szkół policealnych)<br>lub<br>realizuję zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**C2. KRYTERIA DODATKOWE UCZESTNICTWA**

WYPEŁNIA KANDYDAT/KANDYDATKA LUB OSOBA REPREZENTUJĄCA KANDYDATA/KANDYDATKĘ  
NALEŻY ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Znajduję się w trudnej sytuacji materialnej tzn. na rzecz kandydata ubiegającego się o stypendium przyznano <b>zasilek rodzinny</b> za miesiąc poprzedzający ten, w którym składany jest wniosek o przyznanie stypendium, zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Przebywam w systemie pieczy zastępczej                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zamieszkuję na terenie Gminy ....., która uznana jest jako obszar wiejski, zgodnie ze stopniem urbanizacji ujętym w klasyfikacji DEGURBA *                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem członkiem rodziny wielodzietnej                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

\* W województwie dolnośląskim jako obszary wiejskie w klasyfikacji DEGURBA zostały wskazane następujące Gminy:

Bardo, Bierutów, Bolesławiec (gmina wiejska), Bolków, Borów, Chojnów (gmina wiejska), Ciepłowody, Cieszków, Czarny Bór, Czernica, Długołęka, Dobromierz, Dobroszyce, Domaniów, Duszniki-Zdrój, Dziadowa Kłoda, Dzierżoniów (gmina wiejska), Gaworzyce, Grębocice, Gromadka, Janowice Wielkie, Jaworzyna Śląska, Jemielno, Jerzmanowa, Jeżów Sudecki, Jordanów Śląski, Kamieniec Ząbkowicki, Kamienna Góra (gmina wiejska), Kąty Wrocławskie, Kłodzko (gmina wiejska), Kobierzyce, Kondratowice, Kostomłoty, Kotla, Krośnice, Krotoszyce, Kunice, Legnickie Pole, Leśna, Lewin Kłodzki, Lubań (gmina wiejska), Lubin (gmina wiejska), Lubomierz, Łagiewniki, Malczyce, Marcinowice, Marciszów, Męcinka, Mieroszów, Mietków, Międzybórz, Międzylesie, Miękinia, Miłkowice, Mirsk, Mściwojów, Niechlów, Niemcza, Nowa Ruda (gmina wiejska), Nowogrodziec, Oborniki Śląskie, Oleśnica (gmina wiejska), Olszyna, Oława (gmina wiejska), Osiecznica, Paszowice, Pęcław, Pielgrzymka, Platerówka, Podgórzyn, Prochowice, Prusice, Przeworno,



Radków, Radwanice, Rudna, Ruja, Siechnice, Siekierczyn, Sobótka, Stara Kamienica, Stare Bogaczowice, Stoszowice, Sulików, Szczytna, Środa Śląska, Świdnica (gmina wiejska), Świeradów-Zdrój, Świerzawa, Udanin, Walim, Warta Bolesławiecka, Wądroże Wielkie, Wąsosz, Węglińiec, Wiązów, Wińsko, Wisznia Mała, Wleń, Wojcieszków, Zagrodno, Zawidów, Zawonia, Zgorzelec (gmina wiejska), Ziębice, Złotoryja (gmina wiejska), Złoty Stok, Żmigród, Żórawina, Żukowice.

## CZĘŚĆ D

| DEKLARACJA CHĘCI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dobrowolnie deklaruję chęć swojego uczestnictwa w Projekcie „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”, finansowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, priorytet 08 Fundusze Europejskie dla edukacji na Dolnym Śląsku, Działanie 08.01 Dostęp do edukacji.</p> <p>W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie, jako Uczestnik Projektu zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wypełnienia dokumentacji związanej z uczestnictwem w projekcie, w tym po jego zakończeniu,</li> <li>aktualizacji swoich danych, jeśli zajdą w nich zmiany,</li> <li>w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekazania Udzielającemu stypendium danych dotyczących uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji po opuszczeniu Programu</li> </ul> |       |                                                                            |
| Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Data: | Podpis Kandydata/Kandydatki lub osoby reprezentującej Kandydata/Kandydatkę |



**CZĘŚĆ E****OŚWIADCZENIA I POUCZENIE**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego ( Dz. U. 2024 r. poz. 17) oświadczam, że dane zawarte we Wniosku o przyznanie stypendium są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem przyznawania stypendiów dla uczniów z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”.

W związku z ubieganiem się o jednorazowe stypendium dla uczniów z niepełnosprawnościami ze szkół podstawowych, ponadpodstawowych (z wyłączeniem szkół policealnych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Kandydata / Kandydatki, którego/ą reprezentuję (w przypadku niepełnoletniego ucznia lub ubezwłasnowolnionego) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

Przyjmuję do wiadomości, iż wszelkie wydatki poniesione ze stypendium muszą ściśle łączyć się z edukacją ucznia z niepełnosprawnościami i są wymienione w katalogu w § 5 ust. 6 Regulaminu.

|              |       |                                                                            |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość: | Data: | Podpis Kandydata/Kandydatki lub osoby reprezentującej Kandydata/Kandydatkę |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|

**CZĘŚĆ F****OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z KLAUZULAMI INFORMACYJNYMI**

Ja, niżej podpisany/na,\* .....(imię, nazwisko), jako osoba uczestnicząca w procesie rekrutacji/osoba reprezentująca kandydata \*) do projektu „Dolnośląski Program Pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń”, w związku z art. 6 ust 1 lit. a-c i e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) wobec przetwarzania danych niezbędnego do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub niezbędnego do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, a wynikającego z realizacji działań w ramach projektu współfinansowanego ze środków programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 (FEDS)

oświadczam, że zapoznałam/am\* się z treścią klauzuli informacyjnej właściwej dla Partnera Wiodącego projektu – Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej oraz Instytucji Zarządzającej programu FEDS opublikowanej na stronie internetowej <https://dops.wroc.pl/sprawny-uczen/rekrutacja/> oraz na stronie internetowej partnera projektu.

\*) niepotrzebne skreślić

|              |       |                                                                            |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość: | Data: | Podpis Kandydata/Kandydatki lub osoby reprezentującej Kandydata/Kandydatkę |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|



## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja .....(imię i nazwisko)  
 niżej podpisana/ny\* wyrażam zgodę na **przetwarzanie moich danych osobowych / oraz danych osobowych Kandydata / Kandydatki, którego/ą reprezentuję (w przypadku ucznia niepełnoletniego lub osoby ubezwłasnowolnionej)<sup>1</sup>**, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.) przez Partnera Wiodącego, Partnera oraz Instytucję Zarządzającą programem Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska w związku z ubieganiem się o jednorazowe stypendium dla uczniów z niepełnosprawnościami ze szkół podstawowych, ponadpodstawowych (z wyłączeniem szkół policealnych).

Podaję dane dobrowolnie i oświadczam, że są zgodne z prawdą.

|              |       |                                                                            |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość: | Data: | Podpis Kandydata/Kandydatki lub osoby reprezentującej Kandydata/Kandydatkę |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|

Załączniki do Wniosku:

## ▪ w zakresie KRYTERIÓW FORMALNYCH – OBOWIĄZKOWYCH:

1. kserokopia: ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,  
lub  
orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,  
lub  
orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych;
2. kserokopia dokumentu, który potwierdza uprawnienie osoby do reprezentowania Kandydata/Kandydatki (składany w przypadku ucznia niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego)

## ▪ w zakresie KRYTERIÓW DODATKOWYCH:

1. kserokopia zaświadczenia lub decyzji uprawnionego organu o przyznaniu zasiłku rodzinnego – **jeśli dotyczy;**
2. kserokopia zaświadczenia uprawnionego organu o ustanowieniu pieczy zastępczej – **jeśli dotyczy;**
3. kserokopię orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność sprzężoną – **jeśli dotyczy;**
4. kserokopia Karty Dużej Rodziny wystawionej dla Kandydata/Kandydatki pochodzącego/pochodzącej z rodziny wielodzietnej lub decyzja o nadaniu karty lub oświadczenie (wraz z podaniem numeru karty i daty jej wydania) złożone przez kandydata/osoby reprezentującej kandydata o posiadaniu Kartą Dużej Rodziny - aktualnej na dzień składania wniosku – **jeśli dotyczy;**

<sup>1</sup> \* niepotrzebne skreślić

