

.....  
(imię i nazwisko Adresata programu /  
Wnioskodawcy)

.....  
(imię i nazwisko osoby reprezentującej  
Adresata programu)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres zamieszkania)

**Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony o podaną niżej kwotę w przypadku gdy Wnioskodawca wskaże przynajmniej 1 z niżej wymienionych przyczyn:**

Proszę zaznaczyć <b>TAK</b> lub <b>NIE</b>	Kwota zwiększenia dodatku	Zwiększenie z tytułu:
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>300 zł</b>	<p><b>Niskiego dochodu</b> - jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.</p> <p><b>Pouczenie:</b> Zgodnie z § 12 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu jakie mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015r. poz. 926) w przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego powołała w sprawie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.</p>
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>400 zł</b>	<p><b>Znaczny stopień</b> - adresat programu posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na <b><u>stałe</u></b>.</p>

Miejscowość....., dnia.....r.

.....  
podpis Adresata programu/ Wnioskodawcy