..... (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 **TAK** lub **NIE**	Kwota zwiększenia dodatku	Zwiększenie z tytułu:
☐ TAK ☐ NIE	**350 zł**	**Niskiego dochodu** - jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę. **Pouczenie:** 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 poweźmie 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.
☐ TAK ☐ NIE	**420 zł**	**Znaczny stopień** - adresat programu posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Miejscowość……..……, dnia.....r.

……
podpis Adresata programu/ Wnioskodawcy