

Wniosek o dofinansowanie studenta - uczestnika mobilności ze specjalnymi potrzebami.
Projekt "Zagraniczna mobilność studentów niepełnosprawnych oraz znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej.
Edycja 2" PO WER. Umowa 2018.

Wniosek rozpatruje Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji. Wniosek powinien być złożony niezwłocznie po zakwalifikowaniu uczestnika mobilności na wyjazd i nie później niż na cztery tygodnie przed wyjazdem. Przed wypełnieniem wniosku prosimy o zapoznanie się z "Warunkami przyznania dofinansowania wyjazdów studentów niepełnosprawnych zakwalifikowanych na wyjazd w programie Erasmus+", finansowanych ze środków PO WER.

Nazwa uczelni wysyłającej	
Kod Erasmusa uczelni wysyłającej	
Numer umowy z FRSE	2018-1-POWER-HE-[...]
Nazwisko uczestnika	
Imię uczestnika	
Uczelnia/ instytucja przyjmująca	
Kod Erasmusa uczelni przyjmującej	
Rodzaj niepełnosprawności	
Planowana data wyjazdu	
Planowany okres pobytu (w miesiącach)	
Liczba miesięcy, na które została przyznana standardowa ryczałtowa kwota na dofinansowanie kosztów utrzymania	
Adres email stypendysty	

Rodzaj wyjazdu:

- studenta na studia
 studenta na praktykę

Obowiązkowym załącznikiem do niniejszego wniosku jest aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności uczestnika mobilności (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) oraz inne dokumenty (jeśli dotyczy).

Opis niepełnosprawności studenta i wynikających z niej potrzeb

Należy wskazać wnioskowane rodzaje kosztów wynikające z niepełnosprawności, bez poniesienia których realizacja mobilności nie będzie możliwa lub znacząco utrudniona.

Uwaga! Dofinansowanie dodatkowych kosztów bezpośrednio związanych z niepełnosprawnością będzie rozliczane na podstawie dowodów finansowych (rachunki, faktury, itp.) Rozliczenie kwoty niższej od kwoty przyznanej spowoduje konieczność zwrotu części dofinansowania.

Rodzaj kosztu	Uzasadnienie	Szacowany koszt (PLN)*	Źródło informacji o szacowanym koszcie
Koszty podróży uczestnika mobilności do i z uczelni/ instytucji przyjmującej (jeżeli dotyczy)			

<p>Koszty podróży osoby towarzyszącej i wspierającej uczestnika mobilności podczas pobytu w uczelni/ instytucji przyjmującej (jeżeli dotyczy)</p>			
<p>Koszty pobytu (utrzymanie, zakwaterowanie) osoby towarzyszącej i wspierającej uczestnika mobilności podczas pobytu w uczelni/ instytucji przyjmującej (jeżeli dotyczy)</p>			
<p>Koszty wynagrodzenia profesjonalnego opiekuna miejscowego, wspierającego uczestnika mobilności (jeżeli dotyczy) Uwaga! Możliwe do dofinansowania wyłącznie w sytuacji, kiedy uczestnik mobilności nie ma osoby towarzyszącej</p>			
<p>Koszty specjalnych materiałów dydaktycznych dla uczestnika mobilności, np. materiały w brajlu, specjalnie powiększone kopie (jeżeli dotyczy)</p>			
<p>Koszty specjalnej opieki medycznej dla uczestnika mobilności w kraju uczelni/ instytucji przyjmującej, np. opieka lekarska, fizjoterapia, zabiegi medyczne, itp. (jeżeli dotyczy)</p>			
<p>Koszty specjalnego ubezpieczenia dla uczestnika mobilności (jeżeli dotyczy)</p>			
<p>Inne koszty wnioskowane przez uczestnika mobilności, jeżeli są zalecone w orzeczeniu o niepełnosprawności lub przez lekarza prowadzącego</p>			

Szacunkowy koszt ogółem w PLN:

0,00

* koszty określone w euro należy przeliczyć na PLN po kursie **4,3122**. Dla przeliczenia kosztów określonych w innych walutach, należy zastosować miesięczny kurs wymiany KE dostępny na stronie internetowej (http://ec.europa.eu/budget/contracts_grants/info_contracts/infoeuro/infoeuro_en.cfm) obowiązujący na dzień podpisania umowy pomiędzy Uczelnią a FRSE przez ostatnią ze stron.

Oświadczenie niepełnosprawnego uczestnika mobilności

Zapoznałem się z "Warunkami przyznania dofinansowania wyjazdów studentów niepełnosprawnych zakwalifikowanych na wyjazd w programie Erasmus+ ", finansowanych ze środków PO WER - **Konkurs 2018**.

Wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis niepełnosprawnego uczestnika mobilności, wnioskującego o dofinansowanie lub jego pełnomocnika)

Rekomendacja uczelnianego koordynatora programu Erasmus+/ PO WER, w tym ewentualne uwagi dla FRSE:

.....
(data, imię, nazwisko i podpis osoby/osób rekomendującej/-ych)

Rekomendacja uczelnianej jednostki ds. osób niepełnosprawnych, w tym ewentualne uwagi dla FRSE:

.....
(data, imię, nazwisko i podpis osoby/osób rekomendującej/-ych)