

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

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

.....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....SZCZECIN

.....SZCZECIN

**Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony nie więcej niż o 809 zł w przypadku gdy:**

| Proszę zaznaczyć <b>TAK</b> lub <b>NIE</b>                | Zwiększenie z tytułu:                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | adresat programu posiada orzeczenia o stopniu niepełnosprawności <b>wydane na stałe</b>                                                                |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <b>niepełnosprawność</b> wnioskodawcy <b>jest sprzężona</b> , tj. występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności |

Szczecin, dnia.....r.

.....  
podpis Adresata programu/ Wnioskodawcy