

.....  
(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 700 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