

Wniosek złożono w  
w dniu

Nr sprawy: PCPR  
71802/...../2019



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P”** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” 2019  
Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola (wypełnić pismem drukowanym)**

**DANE PERSONALNE**

Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia ..... r.  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu ..... r., ważny do ..... r.  
przez ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna  
PESEL              
Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty  
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) \***

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....  
Województwo .....  
 miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... nr lokalu .....  
Powiat .....  
Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):  
.....  
.....

Kontakt telefoniczny: nr telefonu.....  
nr tel. komórkowego:.....  
e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu  - firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (zaznaczyć właściwe)**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie ważne :  okresowo do .....  - bezterminowo

\* - miejsce zamieszkania – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>04-O</b> narząd wzroku	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> <b>10- N</b> choroba neurologiczna
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroba psychiczna	<input type="checkbox"/> <b>05-R</b> narząd ruchu	<input type="checkbox"/> <b>08- T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> <b>11- I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>03- L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>09- M</b> choroby układu moczowo- płciowego	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwoju

### UTRUDNIENIA Z POWODU BARIER W PORUSZANIU SIĘ LUB W KOMUNIKOWANIU SIĘ

- wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim
- korzysta z pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej lub innej formy wsparcia, jakiej:
- .....

Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności

nie  tak:  2 przyczyny  3 przyczyny niepełnosprawności

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

nie zatrudniona/y: od dnia.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  umowa cywilnoprawna

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:.....

Adres miejsca pracy:

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... , dokonanego w urzędzie:

.....

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

### REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

uczeń

student

słuchacz

inne

### DOTYCHCZASOWE ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jaki .....

## 2. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<b>Informacja nie dotyczy dofinansowania do wykształcenia.</b>							
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....

.....

Uwaga!  
„wymagalne zobowiązanie”- zgodnie ust. 31 pkt. 43 załącznika do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r. Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „ Aktywny samorząd” w 2019 r.

Czy Wnioskodawca otrzymał wcześniej (w latach poprzednich) na podstawie innego wniosku, dofinansowanie w ramach programu „STUDENT” i/lub „STUDENT II” i/lub programu „Aktywny samorząd” Moduł II (**podać wszystkie formy kształcenia dofinansowane przez PFRON ze wskazaniem ilości półroczy/semestrów**)?  tak  nie

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia liczba półroczy/semestrów .....
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych liczba półroczy/semestrów .....
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej liczba półroczy/semestrów .....
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej liczba półroczy/semestrów .....	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) liczba półroczy/semestrów .....

Oddział/y PFRON, który/e przyznał/y dofinansowanie, MOPS/PCPR .....

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – Moduł II

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:				
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia		
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych		
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej		
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)		
Data rozpoczęcia nauki/studiów .....				
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w komunikowaniu się i/lub z powodu barier w poruszaniu się <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Jeśli tak proszę wypisać uzasadnienie .....				
Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <i>zgodnie ust. 31 pkt. 13 załącznika do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019. Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.</i>				
<b>Pełna nazwa szkoły:</b> .....				
.....	.....	.....	.....	
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
.....	.....	.....	.....	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
.....	.....	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	.....	.....
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Uczelnia/Szkoła Publiczna <input type="checkbox"/>		Uczelnia/Szkoła niepubliczna <input type="checkbox"/>		

#### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł *	Kwota wnioskowana (zł)
Opłata za naukę (czesne): ..... **			
Opłata za naukę (czesne): ..... **			
Opłata za naukę (czesne): ..... **			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia			
Zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach (do 300 zł)			
Zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (do 500 zł)			
Zwiększenie w przypadku, gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie (do 200 zł)			
Zwiększenie w przypadku korzystania z usług tłumacza języka migowego (do 300 zł)			
Zwiększenie z tytułu posiadania znacznego stopnia niepełnosprawności (do 100 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu bycia osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych*** (do 300 zł)			
Zwiększenie dodatku z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny (do 300 zł)	X	X	
<b>Razem</b>			

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki

\*\*\* należy udokumentować

Koszty poniesione przed dniem złożenia wniosku (dotyczy kosztów opłaty za naukę).		
1		
2		
3		
4		
<b>Razem</b>		

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*** (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Nazwa banku. ....

Numer rachunku bankowego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Słubickiego  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zawartymi w: uchwale nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r., uchwale nr 71/2016 Zarządu PFRON z dnia 7 grudnia 2016 r., uchwale nr 3/2016 Zarządu PFRON z dnia 22 lutego 2016 r., uchwale nr 14/2014 Zarządu PFRON z dnia 21 lutego 2014 r. uchwały nr 5/2014 RN PFRON z dnia 09.06.2014 r. oraz uchwale nr 3/2015 RN PFRON z dnia 22.04.2015 r., które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.centrumslubice.pl](http://www.centrumslubice.pl),
- posiadam środki finansowe potrzebne na pokrycie kosztów udziału własnego zgodnie z uchwałą nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r. Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „ Aktywny samorząd” w 2019 r.:  tak  nie  nie dotyczy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

.....dnia ...../...../2019 r.

(miejscowość)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać

## 5. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) <i>oryginał do wglądu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości <b>średnich miesięcznych dochodów</b> w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o <b>wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych</b> osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> ) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną <b>szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki</b> ( <i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku</i> ) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.  <i>Uwaga!</i> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki ( <i>sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku</i> ) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.  <i>Uwaga!</i> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole .z właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki ( <i>jeżeli tak to w jakiej wysokości sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny - <i>oryginał do wglądu</i> (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Dowód osobisty – do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	