

Program finansowany ze środków PFRON - Część A wniosku

WNIOSEK

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

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 o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia.....r.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... ważny do dniar.	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna PESEL <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"/>	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
Liczba osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą	
ADRES ZAMIESZKANIA - pobyt stały Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: nr kier.....nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (o ile dotyczy):
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia:
☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

☐ **niezatrudniona/y:** od dnia:..... ☐ niepracujący i niezarejestrowana/y w PUP
☐ bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP od dnia:.....
☐ poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia:..... ☐ nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> określony <input type="checkbox"/> nie dotyczy	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony (okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące) <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, jakazawarta na okres od do (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się) <input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy od dnia do dnia <input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka na okres	Adres miejsca pracy:

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie: Miejsce prowadzenia działalności:
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników	Miejsce prowadzenia działalności:

Kwota przeciętnego miesięcznego dochodu * netto na osobę w gospodarstwie domowym zatrudnionego Wnioskodawcy
 zł

☐ nie dotyczy, Wnioskodawca nie jest zatrudniony

*** Przez przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. Dochody z różnych źródeł sumują się. W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017 poz. 884), według wzoru: $[(2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.**

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne,	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? – <u>informacje podlegają weryfikacji w PFRON Oddział Mazowiecki</u>						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
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)	

Razem uzyskane dofinansowanie:						

Ilość semestrów dofinansowanych z PFRON (w tym w ramach programu Student i Student II):

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! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

3. Informacja o uzyskanych dofinansowaniach do nauki na poziomie wyższym ze środków PFRON

Poziom nauki (studia I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie, podyplomowe, szkoła policealna, itd.)	Okres dofinansowania (wpisać daty od – do)	Ilość semestrów	Nazwa i siedziba uczelni / szkoły	Poziom nauki zaliczony / niezaliczony	Jeśli Wnioskodawca powtarzał semestr – napisać który

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia:

☐ TAK ☐ NIE Jeśli „TAK”, stronę 5 należy wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

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)		
Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)		Data rozpoczęcia nauki/studiów		
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym (studia dzienne) <input type="checkbox"/> niestacjonarnym (wieczorowym <input type="checkbox"/> tak, zaocznym <input type="checkbox"/> tak, eksternistycznym <input type="checkbox"/> tak, za pośrednictwem Internetu <input type="checkbox"/> tak)				
Czy wnioskodawca obecnie powtarza semestr nauki: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
Pełna nazwa szkoły:				
.....				
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Rok nauki	Semestr nauki

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr)

Koszty nauki w rozbiu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie z innych niż PFRON źródeł ²	Udział własny – dotyczy zatrudnionych Beneficjentów (15 % lub 65% czesnego - w przypadku więcej niż jednego kierunku)	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę I kierunek (czesne do 100%): ¹	3
Oplata za naukę II kierunek (czesne maksymalnie do 50%): ¹	4
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich – do 4.000 zł
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:				
<input type="checkbox"/> tak (do 1.000 zł)
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 700 zł) w przypadkach, które określi Realizator
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 500 zł) z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 300 zł) z tytułu posiadania Karty Dużej Rodziny
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku (do 300 zł) z tytułu nauki na dwóch lub więcej kierunkach
<input type="checkbox"/> tak, zwiększenie dodatku z tytułu bycia osobą poszkodowaną w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych
Razem				

¹ należy wpisać kierunek studiów/nauki

² tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub od pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania – DOTYCZY WYŁĄCZNIE DOFINANSOWANIA DO CZESNEGO

³ Dofinansowanie do czesnego powyżej kwoty 3000 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę. W przeciwnym wypadku zwiększeniu ulega udział własny Beneficjenta.

⁴ Dofinansowanie do czesnego powyżej kwoty 1500 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku nie przekracza kwoty 583 zł netto na osobę. W przeciwnym wypadku zwiększeniu ulega udział własny Beneficjenta.

6. Wnioskodawca może wnioskować o zwiększenie kwoty dofinansowania powyżej kwot wskazanych w punkcie 3 i 4, w sytuacji takiej obowiązany jest wskazać okoliczności zasługujące na indywidualne rozpatrzenie sprawy (ewentualnie dołączyć stosowne dokumenty na potwierdzenie przytoczonych argumentów).....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tj. poprawa szans Beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

Miejscowość, data

Czytelny podpis

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora jak Powiat Ostrowski
2. **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,**
3. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego, jeśli zgodnie z zasadami programu będzie on konieczny
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu oraz dokumentów programowych są dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprostrowmaz.pl
5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy (współwłaściciela) lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie umowy o dofinansowanie i jej załączników,
9. zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

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.

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr@powiatostrowmaz.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy

zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;

2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.

4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

..... dnia /..... /2018 r.

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

8. Załączniki do wniosku: wymagane oraz dodatkowe (wiersze 8-9)

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) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Uwaga! 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 3 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"/>	
4.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez 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"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dowód osobisty oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kopia Karty Dużej Rodziny – oryginał do wglądu (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	