



Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar D

Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

(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.)

| Informacje dotyczące wnioskodawcy | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|---|--|---|--|-------------------------------|--|-----------|--|---------|--|-----------|
| (dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika) | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | | | | | | | |
| Dowód osobisty | | Seria: | | | | | | Wydany przez: | | | | | | |
| | | Numer: | | | | | | W dniu: ważny do: | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | płeć | | kobieta | | mężczyzna |
| Gospodarstwo domowe: | | <input type="checkbox"/> samodzielne | | <input type="checkbox"/> wspólne | | <input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną | | | | | | | | |
| Stan cywilny: | | <input type="checkbox"/> wolny | | <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna | | Kontakt telefoniczny: | | | | | | | | |
| Adres email: | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zameldowania | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | | Nr lokalu | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | Powiat | | | | | | | | |
| Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu) | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | | Nr lokalu | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | |
| Informacje dotyczące podopiecznego | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | pokrewieństwo | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | płeć | | kobieta | | mężczyzna |
| Miejsce zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | | Nr lokalu | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | Powiat | | | | | | | | |

| Dochód gospodarstwa domowego | | | |
|---|---|--|---|
| Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił zł (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku) | | | zł |
| Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi | | | osób |
| Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/> | | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> | |
| Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | | | <input type="checkbox"/> |
| Umowa cywilnoprawna | | | <input type="checkbox"/> |
| Staż zawodowy | | | <input type="checkbox"/> |
| Działalność gospodarcza | | | <input type="checkbox"/> |
| Inny, jaki: | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia..... | | <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony | |
| Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy | | | |
| Wykształcenie wnioskodawcy | | | |
| <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie: | | | |
| Rejestracja w Urzędzie Pracy | | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> | |
| Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach | | | <input type="checkbox"/> |
| Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach | | | <input type="checkbox"/> |
| Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź) | | | |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny | <input type="checkbox"/> I grupa | |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany | <input type="checkbox"/> II grupa | |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki | <input type="checkbox"/> III grupa | |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż | | | |
| Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z PZON) | | | |
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku | <input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krążenia | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu | <input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 09-M układ moczowo - płciowy | <input type="checkbox"/> 12-C zaburzenia rozwojowe |
| Dysfunkcja obu kończyn górnych | | | <input type="checkbox"/> |
| Dysfunkcja obu kończyn dolnych | | | <input type="checkbox"/> |
| Dysfunkcja jednej kończyny górnej | | | <input type="checkbox"/> |
| Dysfunkcja jednej kończyny dolnej | | | <input type="checkbox"/> |
| Dysfunkcja narządu wzroku | | | <input type="checkbox"/> |
| Dysfunkcja narządu słuchu | | | <input type="checkbox"/> |
| Inne przyczyny | | | <input type="checkbox"/> |
| Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego | | | <input type="checkbox"/> |
| Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie | | | <input type="checkbox"/> |
| Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej) | | | <input type="checkbox"/> |

| Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <small>informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</small> | | | | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> | |
|--|--|----------------------------------|--|--|--|
| Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON | Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia | Numer i data zawarcia umowy | Kwota otrzymanego dofinansowania | Termin rozliczenia | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Łącznie | | | | | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: | | | | | |
| | | | | | |
| Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął | | | | | |
| Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca | | | | | |
| Orientacyjny koszt (w zł) suma pozycji 1 i 2 | | zł. | 100 % | | |
| Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 15 % ceny brutto) | | zł. | % ceny brutto | | |
| Wnioskowane dofinansowanie suma pozycji 1 i 2 | | zł. | | | |
| Słownie | | zł. | | | |
| Specyfikacja przedmiotu dofinansowania | | | | | |
| 1. Dane osoby zależnej | | | | | |
| Imię i nazwisko | PESEL | Wnioskowany okres dofinansowania | Koszt pobytu osoby zależnej w placówce | | |
| | | liczba miesięcy (od-do) | miesięczny | razem we wnioskowanym okresie dofinansowania | |
| | | | | | |
| Pełna nazwa oraz adres placówki, w której przebywa osoba zależna | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 2. Dane osoby zależnej | | | | | |
| Imię i nazwisko | PESEL | Wnioskowany okres dofinansowania | Koszt pobytu osoby zależnej w placówce | | |
| | | liczba miesięcy (od-do) | miesięczny | razem we wnioskowanym okresie dofinansowania | |

.....

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Nazwa banku

Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym** Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby). W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórne/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

umożliwienie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie.

Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!

☐ TAK – Rok otrzymania dofinansowania

☐ NIE

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.myszkow.pcpr.pl,
- 4) 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,
- 5) 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,
- 6) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
- 7) posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez żłobek lub przedszkole, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe.

WAŻNE!!!

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Myszków, dn./...../20.....r.

.....

podpis Wnioskodawcy

Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Załączniki wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|---|--|--------------------------|-------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości średnich 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. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - 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. | Zaświadczenie dotyczące realizowanego przez Wnioskodawcę poziomu kształcenia, potwierdzające pobieranie nauki lub uczęszczanie do placówki (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika (sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Zaświadczenie dotyczące aktywności zawodowej Wnioskodawcy: 1. potwierdzające rejestrację adresata programu jako osoby bezrobotnej lub osoby poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu - z PUP; lub 2. potwierdzające zatrudnienie / staż; lub 3. potwierdzające prowadzenie działalności, lub 4. potwierdzające dodatkową aktywność zawodową | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Zaświadczenie z przedszkola/żłobka do którego uczęszcza lub będzie uczęszczać dziecko lub zaświadczenie potwierdzające przebywanie dziecka pod inną tego typu opieką oraz potwierdzające wysokość ponoszonych w związku z tym kosztów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | Inne załączniki (wymienić jakie): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Myszków, dn. / / 20..... r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu