

WNIOSEK — wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

Moduł I

Obszar D

pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię Nazwisko Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna PESEL Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu przeliczonego na jedną osobę w gospodarstwie domowym* zł słownie:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy - (pocztą) 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 - (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: 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:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl

*podana wysokość dochodu musi być zgodna z wysokością dochodu wpisaną w zał. – „oświadczenie o dochodach”

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI						
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka				
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka				
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka				
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo						
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI						
☐ NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐						
☐ NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni </td> </tr> </table>				Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni
Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni					
☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):						
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne		
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia zwojowe		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA						
☐ niezatrudniona/y: od dnia: ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy						
☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:			Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:			
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy						
☐ 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:					

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I		
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		☐ nie dotyczy
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy Miejscowość ulica Nr domu Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie?						tak ☐ nie ☐
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:						

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. 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 formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego i wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość lub poziom wykształcenia bądź kwalifikacje zawodowe wnioskodawcy)	
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak ☐ - nie
3) Czy w Wnioskodawca otrzymał dotąd dofinansowanie na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe lub działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych lub aktywnie poszukuje pracy?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
6) Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla wnioskodawcy lub członków jego gospodarstwa w ciągu ostatnich 3 lat, z wyłączeniem dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, turnusów rehabilitacyjnych)	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- Moduł I/Obszar D *

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania	Koszt zapewnienia opieki osobie zależnej	
		miesiąc	koszty poniesione**	koszty przewidywane***
1	2	3	4	5
RAZEM:				
RAZEM:				

* W przypadku większej niż jedna liczby osób zależnych Wnioskodawca wypełnia STRONĘ 5 wniosku osobno dla każdej osoby zależnej

** Wnioskodawca w kolumnie nr 4 wpisuje koszty poniesione za zapewnienie opieki dla osoby zależnej za okres poprzedzający okres złożenia wniosku

*** Wnioskodawca w kolumnie nr 5 wpisuje przewidywane koszty za zapewnienie opieki dla osoby zależnej za okres od złożenia wniosku do końca roku 2017

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki	koszt brutto (w zł)	Kwota wnioskowanego dofinansowania (w zł)
poniesione		(85% kosztów opieki nad jedną osobą zależną, ale nie więcej niż 200 zł za każdy miesiąc sprawowania opieki).
przewidywane		
RAZEM		

6. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i>	
numer rachunku bankowego	
nazwa banku	

Oświadczam, że:

1. o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Tarnobrzegu ☐ tak - ☐ nie. W danym roku nie będę się ubiegał(a) odrębnym wnioskiem o środki PFRON 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.poznan.pl
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej – nie pochodzące z PFRON i NFZ.
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 lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

* właściwe zaznaczyć

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.

..... dnia /..... /20..... r.

.....

podpis Wnioskodawcy

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-12)**

Nazwa załącznika		właściwie zaznaczyć		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)-oryginał do wglądu	☐	☐	
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 3 do wniosku)	☐	☐	
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	☐	☐	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk oryginał do wglądu	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy- oryginał do wglądu	☐	☐	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu	☐	☐	
7.	Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	☐	☐	
9.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki	☐	☐	
10.	Zaświadczenie ze żłobka lub przedszkola, w którym przebywa dziecko lub będzie przebywać	☐	☐	
11.	Dokument potwierdzający uiszczenie opłaty za zapewnienie opieki dla osoby zależnej	☐	☐	
12.		☐	☐	