

Wypełnia realizator
Nr sprawy:
Data wpływu:.....

Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

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 o Wnioskodawcy DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty (* uzupełnić tylko w przypadku kiedy nie nadano numeru PESEL)

seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny dor.

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejsce gdzie
wnioskodawca przebywa w zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania
dofinansowania w ramach programu

☐ - media ☐ - PCPR w Tucholi ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:.....

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 ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny górnej ☐ 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		
☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):		
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 09- M choroby układu moczowo - płciowego
☐ 11- I inne		☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
☐ 10- N choroby neurologiczne		
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:	

Aktualnie realizowany etap kształcenia		
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	
☐ Nie dotyczy		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od roku poprzedzającego złożenie wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak ☐ nie ☐
Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia	Kwota przyznana (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak ☐	nie ☐
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak ☐	nie ☐

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. 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Odpowiedź
1) Uzasadnienie wniosku	
2) Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐ tak - ☐ nie Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce oraz PESEL	Nazwa oraz adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) ¹⁾
Razem		

¹⁾ Wnioskowana kwota nie może przekroczyć 85% orientacyjnego kosztu z kolumny 2

6. Informacje uzupełniające

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

numer rachunku bankowego

nazwa banku

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
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)	☐	☐	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
5.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
6.		☐	☐	
7.		☐	☐	

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki nad osobą zależnej,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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 lub innego dokumentu zgodnie z zasadami realizacji programu.

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