

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej
poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej – **dofinansowanie lub refundacja** kosztów opieki nad osobą zależną

WNIOSEK

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie/refundację 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.

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię..... Nazwisko.....	
Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer	
wydany przez w dniu	
PESEL	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne	
Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu na 1-go członka rodziny:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy -	Kod pocztowy -
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu Nr m.	Nr domu Nr m.
miasto do 5 tys. Mieszkańców inne miasto wieś	Powiat
mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej tak nie	
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	- firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie:.....

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		znaczący 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				
Niepełnosprawność powstała: od urodzenia przed rokiem życia				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<u>NARZĄD RUCHU 05-R</u> , w zakresie:		obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej	
NIE DOTYCZY		obu kończyn dolnych	jednej kończyny dolnej	innym
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: TAK NIE				
<u>NARZĄD WZROKU 04-O</u>		osoba niedowidząca	osoba niewidoma	osoba głuchoniewidoma
NIE DOTYCZY				
<u>INNE PRZYCZYNY</u> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
NIE DOTYCZY				
01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	07- S choroby układu oddechowego i krążenia	09- M choroby układu moczowo - płciowego	11- I inne
02- P choroby psychiczne	06- E epilepsja	08- T choroby układu pokarmowego	10- N choroby neurologiczne	12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
NIE DOTYCZY		zarejestrowana/y w PUP jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy		
niezatrudniona/y: od dnia:		data rejestracji:		
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:		Nazwa pracodawcy:		
na czas nieokreślony inny, jaki:		
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę krótszy niż 3 miesiące, dłuższy niż 3 miesiące		Adres miejsca pracy:.....		
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			
umowa cywilnoprawna: zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy, zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; (Dz.U.2016.645, z późn.zm.)			
działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, (Dz.U.2016 poz.1829)		na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,		
działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U.2016 poz. 277)		dokonanego w urzędzie:		
inna, jaka i na jakiej podstawie:		Miejsce prowadzenia działalności:		
.....			

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
gimnazjum	zasadnicza szkoła zawodowa	liceum
technikum	szkoła policealna	kolegium
studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	studia podyplomowe	studia doktoranckie
inna, jaka:	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 korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?					tak	nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków 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!		
W ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu.		
Za „wymagalne zobowiązania” należy przez to rozumieć:		
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,		
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:		
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,		
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,		
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.		

3. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku **WAŻNE**

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. należy potwierdzić kserokopią stosownego dokumentu) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli w pkt 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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Czy Wnioskodawca <u>otrzymał</u> pomoc ze środków PFRON do zakupu danego przedmiotu dofinansowania (uzyskał pomoc ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p> <p>Uzasadnienie wniosku Wnioskodawca, który <u>ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel</u> jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.</p> <p>Jeśli Wnioskodawca nie uzasadni, dlaczego ponownie ubiega się o dofinansowanie – merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 5 pkt.</p>	<p>– tak (proszę uzasadnić konieczność ponownego dofinansowania)</p> <p>– nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na aktywizację społeczną, zawodową i w dostępie do edukacji lub utrzymanie zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych.</p> <p>UWAGA:</p> <p>KRYTERIUM UZNANIA KWALIFIKOWALNOŚCI DANEGO KOSZTU SĄ INDYWIDUALNE I SPECYFICZNE DLA DANEGO RODZAJU DYSFUNKCJI – POTRZEBY ZWIĄZANEJ Z REHABILITACJĄ ZAWODOWĄ I SPOŁECZNĄ POTENCJALNEGO BENEFICJENTA W ODNIESIENIU DO CELÓW PROGRAMU. DLATEGO ISTOTNYM NARZEDZIEM W TYM PROCESIE MOGĄ BYĆ ODPOWIEDNIO SZCZEGÓŁOWE UZASADNIENIA ZAKUPU USŁUGI.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3) Czy Wnioskodawca jest zatrudniony? (Zgodnie z definicją ust. 32 pkt. 30 Kierunków działań i warunków brzegowych obowiązujących (...) w 2017r.</p>	<p>- tak - nie</p>
<p>4) Czy u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność? Konieczność potwierdzenia niepełnosprawności sprzężonej w posiadany orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p>- tak - nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać ile symboli:.....</p>
<p>5) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dot. niepełnosprawności)? Podane informacje należy udokumentować.</p>	<p>- tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie</p>
<p>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, trudności finansowe, wielodzietność, itp. Podane informacje należy udokumentować lub szczegółowo opisać.</p>	<p>- tak - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać pod opieką	Adres pobytu/opieki dziecka Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt opieki nad dzieckiem Wnioskodawcy	
		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)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

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

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): **tak** – **nie**,
- Oświadczam, że **otrzymałem/am**
 nie otrzymałem/am
w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
- podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) 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 dla osoby zależnej,**
- 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**,

10) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innych dowodów księgowych, a także potwierdzenia poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez usługodawcę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe).

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.

....., dnia /..... /20..... r. miejsowość podpis Wnioskodawcy
--	------------------------------

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie (kserokopię pełnomocnictwa oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych dołącza do wniosku, dowód osobisty pełnomocnika oraz oryginał pełnomocnictwa do wglądu pracownika PCPR).

Oświadczenie pełnomocnika:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

....., dnia /..... /20..... r. miejsowość podpis Pełnomocnika
--	------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego			
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)			
3.	Oświadczenie 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.	Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu			
5.	Dokument potwierdzający aktywność zawodową osoby niepełnosprawnej: zatrudnienie lub zarejestrowanie w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu			
6.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk (jeżeli akt urodzenia nie zawiera nr PESEL dziecka – dodatkowo inny dokument zawierający nr PESEL dziecka)			
7.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi (o ile dotyczy)			
8.	Dokument potwierdzający pobyt dziecka w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką			
9.	Inne załączniki (należy wymienić):			
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				