

	PCPR-CZP.4211.1. .2019
data wpływu wniosku do PCPR	numer sprawy



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”

Wniosek powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".  
W przypadku, gdy we 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.

Właściwie zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X w polu

### Moduł I - Obszar D

pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

#### 1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko.....

PESEL  w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

##### DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*będącego osobą niepełnosprawną – o ile dotyczy*

Imię..... Nazwisko.....

PESEL  w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA

– miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym są skoncentrowane plany życiowe. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania**

Kod pocztowy  -  ..... Miejscowość .....

(pocztą)

Ulica ..... Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....  miasto  wieś

##### MIEJSCE ZAMELDOWANIA

– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy  -  ..... Miejscowość .....

(pocztą)

Ulica ..... Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....  miasto  wieś

##### DANE KONTAKTOWE

tel. stacj. (z kier.)  -

e-mail (o ile dotyczy): .....

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy   -     ..... Miejscowość .....

Ulica ..... (poczt.) ..... Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....  miasto  wieś**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo do .....	<input type="checkbox"/> bezterminowo

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krażenie	<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 całościowe zaburzenia rozwojowe

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**
 bezrobotny/a zarejestrowana/y w urzędzie pracy  poszukująca/y pracy i niepozostająca/y w zatrudnieniu zarejestrowana/y w urzędzie pracy

 zatrudniona/y - od dnia: ..... do dnia: .....

 na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

- 
- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- 
- 
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- 
- 
- umowa cywilnoprawna
- 
- 
- staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

tel. kontakt. do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienie:

 działalności gospodarcza

Nr NIP .....

 na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr .....,  
dokonanego w urzędzie: .....  
 inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

 działalności rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

 nie dotyczy
**AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA**

<input type="checkbox"/> studia I stopnia	<input type="checkbox"/> studia II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	

**Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosił:**

..... **zł** (zgodnie z zał. nr 1 do wniosku)

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> (licząc od dnia złożenia wniosku)?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Zadanie, w ramach którego udzielono pomoc</b>	<b>Wysokość dofinansowania</b>	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania <u>wobec PFRON</u> :	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec <u>Realizatora programu</u> :	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
Kwota: .....zł (słownie: .....)		
Rodzaj zobowiązania: .....		
<b>Uwaga!</b> 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.

<b>Uzasadnienie składanego wniosku* (wykazanie w jaki sposób dofinansowanie zakupu przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji).</b>	
.....	
.....	
.....	
Czy Wnioskodawca/podopieczny otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie

## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Dane osoby zależnej						
Lp.	Imię i nazwisko	Adres placówki, w której przebywa osoba zależnej	Wnioskowany okres dofinansowania		Koszt pobytu osoby zależnej w placówce*	
	Nr PESEL		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	Razem we wnioskowanym okresie dofinansowania
1.	<input type="text"/>					
2.	<input type="text"/>					
3.	<input type="text"/>					
4.	<input type="text"/>					
<b>RAZEM:</b>						

\* do rozliczenia przyznanego dofinansowania mogą być brane wszystkie dokumenty potwierdzające poniesienie przedmiotowego wydatku wydane jedynie przez placówkę, w której przebywa pod opieką osoba zależna.

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Wartość brutto	..... zł.	100%
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 15% ceny brutto)	..... zł.	.....% ceny brutto
<b>Wnioskowane dofinansowanie</b>	<b>..... zł.</b>	<b>.....% ceny brutto</b>
<b>Słownie:</b> .....		

## 6. Informacje uzupełniające

<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
numer rachunku bankowego	<input type="text"/>

**Oświadczam, że:**

- nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.sanok.naszepcpr.pl](http://www.sanok.naszepcpr.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 **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu,
- 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.

..... , dnia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.	..... <b>podpis Wnioskodawcy*</b>
Miejscowość	

\* 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.

**7. Załączniki wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołącono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia/skan 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.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie potwierdzające udział dziecka wnioskodawcy w zajęciach przedszkolnych lub przebywanie w żłobku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub wykonywaniu innej pracy zarobkowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie potwierdzające rejestrację Wnioskodawcy w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, tj.: – osobą zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) – osobą, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	