



REALIZATOR PROGRAMU:
 POWIAT ŚWIECKI
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
 ul. Wojska Polskiego 195a 86-100 Świecie
 tel. 52 56 83 204

PCPR.500.9.8.____.2016.____
 Nr rej. ____/2016

DATA WPŁYWU WNIOSKU
 (wypełnia realizator programu)



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

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.

PESEL..... Dowód osobisty seria numer

wydany w dniu.....r. przez.....data ważności

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
 (poczta)

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 -
 (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

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 - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info

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

PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

wynikająca z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

| | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| 01- U upośledzenie umysłowe | 02- P choroby psychiczne | 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | 04- O choroby narządu wzroku |
| 05- R upośledzenie narządu ruchu | 06- E epilepsja | 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | 08- T choroby układu pokarmowego |
| 09- M choroby układu moczowo - pęciowego | 10- N choroby neurologiczne | 11- I inne | 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |

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:

Stosunek pracy na podstawie: umowy o pracę
powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
umowy cywilnoprawnej
stażu zawodowego

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:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE:

brak podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne, jakie: wyższe

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

SZKOŁA PODSTAWOWA GIMNAZJUM SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA, jaka:

SZKOŁA WYŻSZA, 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 lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? | | | | | | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|--|--|---------------------------|--|---|
| 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 | Oddział PFRON/ PCPR/MOPR w którym uzyskano dofinansowanie | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) | |
| | | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | | |
| POTWIERDZENIE DANYCH: | | | | | | | |
| 1. PCPR: _____ | | | | | | | |
| 2. PFRON: _____ | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego: | | | | | | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> |

3. Dodatkowe informacje

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości 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. 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 **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 |
|--|--|
| 1) Czy uzyskane dofinansowanie przyczyni się do umożliwienia aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających zatrudnienie? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 3) Czy wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko? | <input type="checkbox"/> -tak <input type="checkbox"/> -nie, jeżeli nie proszę zaznaczyć właściwie: <input type="checkbox"/> małżonek/partner jest nieaktywny zawodowo/bezrobotny/niezainteresowany podjęciem pracy <input type="checkbox"/> małżonek/partner jest osobą zatrudnioną lub uczącą się |

7. Informacje uzupełniające

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

Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy*

Nazwa banku

Imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego

* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby (w załączeniu oświadczenie)

Oświadczam, że:

1. podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. 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, a także: pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info
3. 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,
4. przyjmuję do wiadomości, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON
5. nie mam zaległości wobec Funduszu oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
6. **otrzymałem(am) nie otrzymałem(am)** dofinansowanie(a) ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i *(należy wypełnić w przypadku osób, które otrzymały dofinansowanie)*, **nie naruszyłem(am)** warunki(ów) umowy, **naruszyłem (am)** warunki(ów) umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i **doprowadziłem(am), nie doprowadziłem(am)** do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku
7. **nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)**
8. przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku
9. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zapewnieniu opieki dla osoby zależnej (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15% ceny brutto**),
10. 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,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”- moduł I obszar D
 12. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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. | Wnioskodawcy |
|----------------------------------|------------------------------|

STRONA 6

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-12)

| 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)- załącznik nr 1 do wniosku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 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 3 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. | Oświadczenie o zatrudnieniu bądź o niezatrudnieniu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują – wystawione przez uczelnie zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Zaświadczenie o wysokości opłat za zapewnienie opieki dla osoby zależnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |