



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

PCPR.500.5.8.____.2017.____
Nr rej. ____/2017

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 POPRZEC 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

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Imię i nazwisko dziecka (dzieci) Wnioskodawcy, które przebywa/ją lub ma/ją przebywać w placówce:

Adres placówki/ek, w której przebywa/ją lub ma/ją przebywać dziecko/ci Wnioskodawcy:
_____ _____ _____

Lp.	Proponowany okres dofinansowania miesiąc	Koszt pobytu 1 dziecka Wnioskodawcy w placówce		Koszt pobytu 2 dziecka Wnioskodawcy w placówce		Koszt pobytu 3 dziecka Wnioskodawcy w placówce		Łącznie
		Koszt rzeczywisty	Kwota wnioskowana	Koszt rzeczywisty	Kwota wnioskowana	Koszt rzeczywisty	Kwota wnioskowana	
RAZEM:								

5. Wnioskowana kwota dofinansowania _____ zł (słownie złotych: _____)

6. Uzasadnienie:

1) Przedmiot dofinansowania przyczyni się do wyeliminowania lub zmniejszenia barier

ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym i/lub zawodowym: tak nie

2) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania:

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 przyjął(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 2016r, poz. 2046), 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),
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/...../ 2017r.

.....
Wnioskodawcy

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