

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK „P”** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej**  
**MODUŁ I, Obszar D**

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 urodzenia .....r.  
 Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
 przez.....ważny do:..... Płeć:  kobieta  mężczyzna  
 PESEL             Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty  
 Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

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, jakiej:  
 - instytucje publiczne  - prasa

**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

 jednej kończyny górnej

 obu kończyn dolnych

 jednej kończyny dolnej

 innym
**NARZĄD WZROKU 04-O**
 osoba niewidoma

 osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzroku (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzroku (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

 **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

 **01-U** upośledzenie umysłowe

 **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

 - osoba głucha

 **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**
 niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....

 poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia .....  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

 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

 umowa cywilnoprawna

 staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

 działalność gospodarcza

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**

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe     | <input type="checkbox"/> gimnazjalne      | <input type="checkbox"/> zawodowe   |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe         | <input type="checkbox"/> inne, jakie:     |                                     |

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna                   | <input type="checkbox"/> kolegium            | <input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                  | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> inna, jaka:  |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE |  | <input type="checkbox"/> 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. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy****DANE PERSONALNE**

Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia ..... r.  
 Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu..... r.  
 przez..... ważny do: ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

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:.....

email (o ile dotyczy): .....



.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wskazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

| Pytanie/zagadnienie   | Informacje Wnioskodawcy   |
|---|---|
| <p>1) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom kształcenia Wnioskodawcy?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy    <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....<br/>                     .....<br/>                     .....</p> |
| <p>2) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy    <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....<br/>                     .....<br/>                     .....</p> |
| <p>3) 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 od samorządu np. w PCPR)?</p>   | <p><input type="checkbox"/> - tak                      <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| <p>4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności    <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności</p>                                 |
| <p>5) Czy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak, inwalidzki o napędzie elektrycznym</p> <p><input type="checkbox"/> - tak, inwalidzki ręczny</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>                                      |

|  |  |
|--|--|
| 6) 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)<br><input type="checkbox"/> - nie |
| 7) Czy występują szczególne utrudnienia(jakie)?<br>np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe ,itp. | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie<br>.....<br>.....<br>.....   |

### 5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar D

| Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce | 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 |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
| <b>RAZEM:</b>  |   |                                  |         |  |   |

### 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

### 7. Informacje uzupełniające

|   |
|---|
| <p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b><br/> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku<br/> <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p> |
| numer rachunku bankowego .....<br>nazwa banku<br>.....  |

### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)     **tak** -  **nie**,
- 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 następującymi dokumentami, które dostępne są na [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz na [www.pcpwr.polkowice.pl](http://www.pcpwr.polkowice.pl), tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz warunki brzegowe(...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(...)”,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 15%** kosztów opieki dla osoby zależnej,

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy: posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec PCPR oraz po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
9. 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.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 14- 15) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

|    | Nazwa załącznika  | Dołączono do wniosku     | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (załącznik nr 1 do wniosku)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 2 do 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"/> |                          |
| 3  | Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania ( załącznik nr 4 do wniosku)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4  | Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5  | Oświadczenie pełnomocnika – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik ( załącznik nr 6 do wniosku)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7  | Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8  | Kserokopia dowodu osobistego  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9  | Zaświadczenie potwierdzające aktywność zawodową Wnioskodawcy  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10 | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

|    |   |                          |                          |  |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 11 | Zaświadczenie z przedszkola/żłobka o uczęszczaniu dziecka do tej placówki lub powinien udokumentować, że dziecko przebywało pod opieką dziennego opiekuna lub niani | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 12 | Informacja dotycząca kosztów pobytu dziecka w przedszkolu/żłobku lub kosztów poniesionych na dziennego opiekuna lub niani   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 13 | Inne załączniki (należy wymienić):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 14 |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 15 |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |