

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**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <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:  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 wzoru (w korekcji):.....  
Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:  
Ostrość wzoru (w korekcji):.....  
Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

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

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - osoba głucha | <input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> <b>09-M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne                             |
| <input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> <b>06 -E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> <b>08 -T</b> choroby układu pokarmowego           | <input type="checkbox"/> <b>10 -N</b> choroby neurologiczne             | <input type="checkbox"/> <b>12 -C</b> 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   -    ..... (pocztą)  
 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   -    ..... (pocztą)  
 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): .....

### 3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| <b>Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</b> |  |                             |                    |                        | tak <input type="checkbox"/>                           | nie <input type="checkbox"/> |
|---|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|------------------------------|
| <b>Cel</b><br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)                                       | <b>Przedmiot dofinansowania</b><br>(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) |                              |
|   |  |                             |                    |                        |  |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>   |  |                             |                    |                        |  |                              |

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu (PCPR w Polkowicach):**

tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy 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;

### 4. 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. 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 powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywizacją zawodową i nauką Wnioskodawcy.

**Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu** (w tym jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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 wykształcenia Wnioskodawcy?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy    <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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>                                    |

|  |  |
|--|--|
| 5) 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 |
| 6) 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>.....<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.pcp.r.polkowice.pl](http://www.pcp.r.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,

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- 16) – 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  | Dokumenty poświadczające o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10 | Zaświadczenie potwierdzające aktywność zawodową Wnioskodawcy  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

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

|    |   |                          |                          |  |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 11 | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 12 | 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"/> |  |
| 13 | Informacja dotycząca kosztów pobytu dziecka w przedszkolu/żłobku lub kosztów poniesionych na dziennego opiekuna lub niani   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 14 | Inne załączniki (należy wymienić):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 15 |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 16 |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |