

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar D
pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki
dla osoby zależnej

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Zawartość |
|------------------------------|---|
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu |
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Zawartość |
|----------------------|--|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś |

ADRES KORESPONDENCYJNY
 Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Zawartość |
|---------------|-----------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Zawartość |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność do pracy: | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
 02-P – choroby psychiczne
 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 osoba głucha
 osoba głuchoniema
 04-O – narząd wzroku
 osoba niewidoma
 osoba głuchoniewidoma
 05-R – narząd ruchu
 wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 dysfunkcja obu kończyn górnych
 06-E – epilepsja
 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
 08-T – choroby układu pokarmowego
 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
 10-N – choroby neurologiczne
 11-I – inne
 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

- nie dotyczy
 nieaktywna/y zawodowo
 bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
 poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
 zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

| Forma zatrudnienia | Od dnia |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna | |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy | |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | |

OBECNIE DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- Nie dotyczy
 Przedszkole
 Szkoła podstawowa
 Zasadnicza Szkoła Zawodowa
 Technikum
 Liceum
 Szkoła policealna
 Kolegium
 Studia I stopnia
 Studia II stopnia
 Studia magisterskie (jednolite)
 Studia podyplomowe
 Studia doktoranckie
 Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
 Szkoła doktorska
 Uczelnia zagraniczna
 Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
 Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak nie

| Zadanie | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | |

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak nie

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

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa
- media
- Realizator programu
- PFRON
- inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/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 | Zakres dat (od dnia do dnia) | Cena brutto (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ŁĄCZNIE

| Nazwa pola | Zawartość |
|--|-----------|
| Cena brutto (w zł) za wskazany okres pobytu: | |
| Deklarowany udział własny w zakupie (w zł): | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł): | |
| Procentowy udział własny wnioskodawcy: | |

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

| Nazwa pola | Zawartość |
|---------------------------|-----------|
| Numer rachunku bankowego: | |
| Nazwa banku: | |

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
| | | |

| <i>Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i> | <i>Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i> |
|--|---|
| | |