

Nr wniosku:

RON.5108.....2019

**WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
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

Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię Nazwisko

Pesel

Płeć kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolny/a zamężna/zamężny

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)– POBYT STAŁY

ulica
nr budynku nr lokalu
kod pocztowy
miejscowość
powiat
województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

ulica
nr budynku nr lokalu
kod pocztowy
miejscowość
powiat
województwo

ADRES KORESPONDECYJNY *(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)*

.....
.....

KONTAKT TELEFONICZNY

nr telefonu.....e-mail

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

firma handlowa media Realizator programu PFRON inne *(jakie):*

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	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest : okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym

wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> 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*):

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia

zarejestrowana/y w urzędzie pracy jako:

bezrobotna/y od: poszukująca/y pracy od: nie dotyczy

zatrudniona/y: stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 działalność rolnicza
 staż zawodowy

od: dzieńmiesiąc.....rok..... do: dniamiesiąc.....rok.....

na czas nieokreślony inny, jaki:

Okresy zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia!

działalność gospodarcza - Nr NIP: na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr
 dokonanego w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie:

SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – OBSZAR D

SPECYFIKA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA / REFUNDACJI - Modułu 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	Okres dofinansowania/refundacji, kosztu pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce oraz kwota wnioskowana		
		1	2	3
		Miesiąc	Koszt/ Orientacyjny koszt/ miesięczna wysokość opłat w placówce	Wysokość dofinansowania/ refundacji w proponowanym okresie - do 85% nie więcej niż 200 zł miesięcznie
		I		
		II		
		III		
		IV		
		V		
		VI		
		VII		
		VIII		
		IX		
		X		
		XI		
		XII		
Razem:			Koszt	Kwota wnioskowana

W przypadku gdy wniosek dotyczy KILKORGA DZIECI, należy wypełnić stronę 4 w zakresie specyfiki przedmiotu dofinansowania/refundacji za każde dziecko osobno (tj. dodatkową str. 4).

Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

Oświadczam, że:

- 1) **nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a** w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego Realizatora na terenie innego samorządu powiatowego;
- 2) informacje podane we wniosku i w załącznikach są **zgodne z prawdą** – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 3) **zapoznałam(em) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł I” oraz przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd” i procedury realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: www.pfron.org.pl i www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl
- 4) **posiadam** środki finansowe na pokrycie udziału własnego wynoszącego **co najmniej 15% ceny brutto**);
- 5) 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;
- 6) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 7) 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;
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON nastąpi na warunkach określonych w umowie dofinansowania, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury Vat;
- 9) nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu;
- 10) **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak **nie mogą pochodzić ze środków PFRON**;
- 11) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż decyzję o wysokości pomocy dla wnioskodawcy podejmuje Realizator programu, który ustala własne sposoby różnicowania dofinansowania;
- 12) zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej;

Data.....

podpis Wnioskodawcy.....

Pouczenie:

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.

Załączniki wymagane do wniosku

1	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione i podpisane przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
4	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk – oryginał/y do wglądu	<input type="checkbox"/>
5	Kserokopia/skan dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi (<i>o ile dotyczy</i>) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
6	Zaświadczenie o: zatrudnieniu/prowadzeniu działalności gospodarczej lub rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub rejestracji w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/>
7	Zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka lub przedszkola albo pod inną tego typu opieką	<input type="checkbox"/>
8	W przypadku refundacji , dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów pobytu w placówce w każdym miesiącu wraz z dowodami zapłaty oraz pisemnego potwierdzenia pobytu dziecka w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką w każdym miesiącu – z informacją o rzeczywistych kosztach poniesionych przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>
9	Podpisana przez wnioskodawcę faktura VAT lub inny dowód księgowy (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe), a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez przedszkole lub żłobek - załącznik nr 7 (z informacją o liczbie dni, w których dziecko znajdowało się pod opieką placówki i rzeczywistych kosztach poniesionych przez wnioskodawcę, biorąc pod uwagę ww. liczbę dni w każdym miesiącu).	<input type="checkbox"/>
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszaru C 2 oraz B 2)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

podpis pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis: _____

Obszar

pieczętka imienna i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: _____

		punktów	wniosku
1.	Osoba zatrudniona	55 pkt.	
2.	Osoby poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2017 i 2018 roku	20 pkt	
	Orzeczenie: znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne o niepełnosprawności	25 pkt.	
3.	Orzeczenie: umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	15 pkt.	
4.	Orzeczenie o niepełnosprawności-dot. niepełnoletniego podopiecznego Wnioskodawcy	25 pkt.	
5.	osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej	10 pkt.	
6.	Kompletność wniosku w dniu przyjęcia	5 pkt.	
7.	niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5 pkt.	
8.	Osoba po amputacji (brakiem) obu kończyn górnych lub obu dolnych, lub dysfunkcją obu kończyn górnych lub dysfunkcją narządu wzroku	5 pkt.	
9.	Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5 pkt.	
10.	W przypadku obszaru B – uzasadnienie złożonego wniosku z celem programu tj. przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego	5 pkt.	
11.	W przypadku obszaru A i C – uzasadnienie złożonego wniosku z celem programu tj. przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	5 pkt.	
12.	W przypadku obszaru D – uzasadnienie złożonego wniosku z celem programu tj. umożliwianie beneficjentem programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie	5 pkt.	
Maksymalna liczba punktów:			Razem ilość otrzymanych punktów
1) w przypadku pełnoletnich Wnioskodawców:		120 pkt.	
2) w przypadku Wnioskodawców dzieci do 18 roku życia:		60 pkt.	
Minimalna liczba punktów uprawniająca do uzyskania dofinansowania:		
1) w przypadku pełnoletnich Wnioskodawców:		60 pkt.	
2) w przypadku Wnioskodawców dzieci do 18 roku życia:		45 pkt.	

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20..... r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Data , podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł	----- -----	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów: zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł
---------------------------------------	-----------------------------------------------------

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: zł
------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

***Podpisy pracowników Realizatora programu
przygotowujących/podpisujących umowę***

data, podpis:

***Pieczątka imienna i podpis kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu***

data, podpis: