

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)

WNISKOWANA 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 WNISKODAWCY

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