

Data wpływu:

WNIOSEK

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". 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.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko															
Data urodzenia															
Dowód osobisty	Seria:					Wydany przez:.....									
	Numer:.....					W dniu:..... ważny do:.....									
PESEL												pleć	kobieta		mężczyzna
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne		<input type="checkbox"/> wspólne		<input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną										
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolny		<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna		Kontakt telefoniczny:										
Adres email:															

Miejsce zameldowania

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			
Województwo	Powiat			

Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			

INFORMACJE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko															
Data urodzenia															
PESEL						pokrewieństwo									
						pleć									
											kobieta		mężczyzna		
Miejsce zamieszkania															
Ulica	Nr domu		Nr lokalu												
Miejscowość	Kod pocztowy														
Województwo	Powiat														

Dochód gospodarstwa domowego	
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/>		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, 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"/>
Inny, jaki:.....			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy			

Wykształcenie wnioskodawcy	
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne jakie:

Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach			<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach			<input type="checkbox"/>

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)		
<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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż		

WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA, O KTÓRE UBIEGA SIĘ WNIOSKODAWCA

<i>Orientacyjny koszt (w zł)</i>	zł.	100 %
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 15 % ceny brutto)	zł.	% ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie		zł.
Słownie		zł.

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Dane osoby zależnej			
Imię i nazwisko	PESEL	Wnioskowany okres dofinansowania	Miesięczny koszt pobytu osoby zależnej w placówce we wnioskowanym okresie dofinansowania
		liczba miesięcy	
		Styczeń	
		Luty	
		Marzec	
		Kwiecień	
		Maj	
		Czerwiec	
		Lipiec	
		Sierpień	
		Wrzesień	
		październik	
		Listopad	
		grudzień	
		RAZEM	

Oświadczam, że:

Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.goin.gliwice.pl .	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15% ceny brutto).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

1. 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.
 2. Nie ubiegam się i nie będę ubiegać się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
 3. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne zmiany, 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.
 4. 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.
 5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje wyłącznie na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- 1) **przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez żłobek lub przedszkole, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe.**

WAŻNE!!!

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 ze zmianami), 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.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Gliwce, dn./...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)</i> - 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"/>		
4.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku dołączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa lub inny dokument określający koszty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	Faktury lub inne dowody księgowe (jeżeli wystawienie faktury nie jest możliwe) potwierdzające poniesione koszty za pobyt dziecka w placówce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Inne załączniki (należy wymienić):				
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	