



program finansowany ze środków PFRON

Data wpływu Wniosku do PCPR:

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

PCPR.6113.2016

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

[P]

Moduł I Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

Wniosek 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. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)**

*Wniosek należy złożyć w: Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut
Bądź przesać listem poleconym na powyższy adres (decyduje data stempla pocztowego).*

Termin składania wniosku: do 30 sierpnia 2016 r.

1. Dane Wnioskodawcy			
imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ___ / ___ / ____ r.		pleć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ___ / ___ / ____ r.		data ważności dokumentu ___ / ___ / ____ r.
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty		Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
miejsce zamieszkania (adres) - pobyt stały			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
wielkość miejscowości zamieszkania: <input type="checkbox"/> miasto do 5 tyś mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś			
adres zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		kontakt:	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		E-mail (o ile dotyczy)	

2. Stan prawny orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego

<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Ważność orzeczenia:	<input type="checkbox"/> do dnia: ___ / ___ / _____ r.	<input type="checkbox"/> ważne bezterminowo
Rodzaj niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe		
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne		
<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu		
<input type="checkbox"/> 04-O dysfunkcja narządu wzroku		
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		
<input type="checkbox"/> 05-R dysfunkcja narządu ruchu		
w zakresie:		
<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> innym		
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej		
<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja		
<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia		
<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego		
<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – pęciowego		
<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne		
<input type="checkbox"/> 11-I inne		
<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		
<input type="checkbox"/> porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		

3. Aktywność zawodowa

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: Data rozpoczęcia pracy ___ / ___ / _____ r.	Forma zatrudnienia:	<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
	Czas zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> na czas określony do dnia: ___ / ___ / _____ r.
	Miejsce zatrudnienia – Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
Telefon kontaktowy:		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	Nr NIP:	
Działalność prowadzona na podstawie:		(Proszę podać odpowiednie Nr/ nazwę urzędu/ inną podstawę.)
<input type="checkbox"/> wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr <input type="checkbox"/> dokonanego w urzędzie <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności	

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y:	Zarejestrowany w PUP jako:	Data rejestracji w PUP:
	<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	___ / ___ / _____ r.
	<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

4. 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"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE
<input type="checkbox"/> technikum		
<input type="checkbox"/> inna, jaka:		

Nazwa i adres szkoły, do której wnioskodawca uczęszcza

nazwa szkoły	klasa/rok
ulica	nr domu
miejsowość	kod pocztowy
telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji	

5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?

Nie Tak (należy uzupełnić poniższe dane)

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:						

6. 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, umieszczonego w tabeli nr 11 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

a. 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

nie tak 2 przyczyny niepełnosprawności tak 3 przyczyny niepełnosprawności

b. 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)?

nie tak

c. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?

nie tak (1 osoba) tak (więcej niż jedna osoba)

d. 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)?

nie tak (proszę opisać):

.....
.....

e. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt.) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.

nie tak (proszę opisać jakie):

.....
.....

f. 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 wykazać przesłanki wskazujące na potrzebą powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – 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 miesiące	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					


8. Wnioskowana kwota dofinansowania przedmiotu wniosku wymieniona w pkt. 7

W ramach Modułu I Obszar D wymagany jest wkład własny w wysokości 15 % kosztów opieki nad osobą zależną.

	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Udział własny Wnioskodawcy (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem:			
Wkład własny wynosi: (w %)			

9. Dane uzupełniające

Rachunek bankowy Wnioskodawcy na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby. (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

<i>numer rachunku</i>	
<i>nazwa banku</i>	
<i>właściciel konta bankowego</i>	

10. Oświadczenia wnioskodawcy

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) o dofinansowanie ze środków PFRON objęte zakresem niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łąncuckiego; tak \ nie
- 3) nie będzie w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie; tak \ nie
- 5) wymagalne zobowiązania wobec PFRON: posiadam \ nie posiadam
- 6) wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: posiadam \ nie posiadam

Rodzaj zobowiązania:

Uwaga! – w ramach programu „Aktywny Samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby które w przeszłości, były stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po ich stronie bądź posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od końca roku, w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON

- 7) posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15 % kosztów opieki dla osoby zależnej;
- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr-lancut.pl;
- 11) o wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;
- 12) dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocne;
- 13) 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.

art. 233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

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 ___ / ___ / _____

Miejscowość

podpis wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Źródło informacji możliwości
uzyskania dofinansowania
w programie:

Realizator programu (PCPR)

firma handlowa

PFRON

inne (jakie?)

media

11. Wymagane załączniki do wniosku

	Dołączono do wniosku (wypełnia pracownik realizatora)	
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)		
2. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 13 do Regulaminu dofinansowań w ramach pilotażowego programu „aktywny samorząd” w Powiecie Łańcuckim) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu		
3. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 14 do Regulaminu ...)		
4. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny		
5. Wycena wnioskowanego przedmiotu		
6. Kserokopia umowy pomiędzy Wnioskodawcą a placówką w której przebywa osoba zależna		
7. Inne dokumenty:		
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie - pełnomocnictwo Wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządaniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

Dane pełnomocnika (należy podać w przypadku ustanowienia)			
imię		nazwisko	
PESEL		data urodzenia ____ / ____ / ____	płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ____ / ____ / ____		data ważności dokumentu ____ / ____ / ____
Adres zamieszkania			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta		gmina
adres korespondencyjny: <i>(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</i>		Kontakt:	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		e-mail (o ile dotyczy)	

Do wniosku należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo notarialne.