

Wniosek złożono w:
MOPS Dąbrowa Górnicza
w dniu

Nr sprawy:
nr wniosku:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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. **Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.mops.com.pl**

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

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... ważny dor.

PESEL Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu..... /nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

(miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Kod pocztowy - (poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - (poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo:.....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź)całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znacznym stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:**obu** kończyn górnych**jednej** kończyny górnej**obu** kończyn dolnych**jednej** kończyny dolnej

innym

Wnioskodawca porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niedowidząca

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

nie dotyczy

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):01-**U** upośledzenie
umysłowe02-**P**
choroby psychiczne03-**L** zaburzenia głosu,
mowy i choroby słuchu- **OSOBA GŁUCHA****04-O** narząd wzroku**05-R** narząd ruchu06-**E** epilepsja07-**S** choroby układu
oddechowego i krążenia08-**T** choroby układu
pokarmowego**09-M** ukł. moczowo –
płciowy10-**N** choroby neurologiczne11-**I** inne12-**C** całościowe zaburzenia
rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym:

tak

nie

Rodzaj gospodarstwa domowego:

samodzielne

wspólne

Wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym
złożono wniosek

.....zł

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy i pozostający bez zatrudnienia (okres rejestracji w PUP w pełnych
miesiącach)

nie dotyczy

zatrudniona/y: na czas nieokreślony na czas określony od dnia:..... do dnia: inny, jaki:		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: 	
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy			
działalność gospodarcza Nr NIP:	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:		
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE			
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe	
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne	
wyższe	inne, jakie:		
AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA			
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM	
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	INNA, jaka:	
STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	STUDIA PODYPLOMOWE	STUDIA DOKTORANCKIE	
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		nie dotyczy	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od następnego roku, po którym uzyskał dofinansowanie), w tym poprzez PCPR/MOPS?						tak ☐	nie ☐
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)	

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji - w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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 7 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 (poniższy pkt 8) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

str. 4

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

7) 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 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak ☐ - nie
8) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

Imię, nazwisko, pesel 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	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) do 85% orientacyjnych kosztów nie więcej niż 200,00 zł miesięcznie
Razem		

6. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i>
numer rachunku bankowego nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu – **Powiatu Dąbrowa Górnicza** ☐ tak - ☐ nie,
- nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mops.com.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 15%** kosztów opieki dla osoby zależnej,
- 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, wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/lub w okresie objętym refundacją kosztów,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- 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.

WAŻNE!

- 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

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.
- 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 zm.), 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.

Dąbrowa Górnicza dnia /..... /20... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości <u>przeciętnego miesięcznego dochodu</u> w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć: – pełnomocnictwo, – pisemne oświadczenie 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 wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	☐	☐	
5.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2 – zgodę na przetwarzanie danych osobowych)	☐	☐	
6.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	☐	☐	
7.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	☐	☐	
8.	Dokument potwierdzający uczęszczanie dziecka do placówki	☐	☐	
9.	Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy	☐	☐	
10.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	☐	☐	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
12.		☐	☐	