

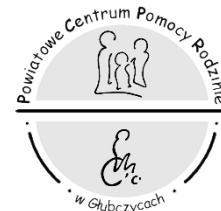


Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR. 41125.AS.M I. .2019

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum Pomocy
Rodzinie w Głubczycach

w dniu.....



WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach 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

CZĘŚĆ A

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY, DZIECKU /PODOPIECZNYM – należy wypełnić wszystkie pola

1. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

OSOBA NIEPEŁNOSPRAWANA RODZIC DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO OPIEKUN PRAWNY

Imię Nazwisko..... Data urodzenia.....r.

Dowód osobisty seria.....numer.....wydany w dniur.
przez.....ważny do.....r.

Płeć : kobieta mężczyzna

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:

samodzielnie wspólne

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jedną osobę
w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku:.....zł

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy : ____ - ____
(poczta)

Miejscowość.....

Ulica.....

Nr domuNr m.

Powiat.....

Województwo.....

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy : ____ - ____
(poczta)

Miejscowość.....

Ulica.....

Nr domuNr m.

Powiat.....

Województwo.....

nie dotyczy

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

e-mail:.....

Adres korespondencyjny:

(jeśli jest inny od adresu zamieszkania).....

Podstawa do reprezentowania osoby niepełnosprawnej (w przypadku opiekunów prawnych i pełnomocników)

.....

2. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA / PODOPIECZNEGO (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)	
DANE PERSONALNE	ADRES ZAMELDOWANIA (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię.....	Kod pocztowy : ____ - ____ - ____ (poczta)
Nazwisko.....	Miejscowość.....
Data urodzenia.....	Ulica.....
PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nr domu Nr m.
Pełnoletni : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Powiat
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Województwo.....
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

3. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się i dofinansowanie)		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna do 16 roku życia		
Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo		
Niepełnosprawność istnieje: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> od roku:		
PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU , 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 porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego : tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU , w zakresie: <input type="checkbox"/> głuchota jednego ucha <input type="checkbox"/> głuchota całkowita		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU , w zakresie: <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca		
<input type="checkbox"/> 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"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku	<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-płciowego
		<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11-I inne
		<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

4. WYKSZTAŁCENIE ZDOBYTE PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)		
<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 OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA POBIERA NAUKĘ		
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> gimnazjum	<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa
<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia (I i II stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE	<input type="checkbox"/> inna, jaka:
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły.....klasa/rok.....Kod pocztowy.....		
Miejscowość.....ulica.....Nr domu.....		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:.....		

5. OBECNE ZATRUDNIENIE I AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)	
zarejestrowany jako: <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu	
w okresie: <input type="checkbox"/> dłuższym niż 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	
<input type="checkbox"/> krótszym niż 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... .do dnia:.....	Nazwa pracodawcy:.....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:.....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy i pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Adres miejsca pracy:.....
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr
Nr NIP:.....	dokonanego w urzędzie:.....
	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:.....

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTÓW DOFINANSOWANIA

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które 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:					

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszt opieki	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Wkład własny 15%	Kwota wnioskowana (w zł)
RAZEM			

**Maksymalna kwota dofinansowania ze środków PFRON do pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką), adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, którzy są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka.*

**Minimalny udział własny wynosi 15% kosztów tej opłaty.*

3. Informacje uzupełniające

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca uzyska dofinansowanie do pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej:

po raz pierwszy – w ramach realizowanych przez PFRON programów nigdy nie uzyskał pomocy

po raz drugi – wcześniej jeden raz uzyskał wnioskowaną pomoc w roku:

po raz trzeci i więcej – wcześniej co najmniej dwa razy uzyskał wnioskowaną pomoc – w takim przypadku należy wypełnić poniższą tabelę:

Nazwa programu PFRON, w ramach którego przyznana została pomoc	Rok przyznania pomocy

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Imię i nazwisko, adres właściciela rachunku bankowego.....
nazwa banku.....
nr rachunku bankowego.....

**IV. UZASADNIENIE DO UBIEGANIA SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA W OBSZARZE D –
POMOC W UTRZYMANIU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ POPRZEC ZAPEWNIENIE OPIEKI DLA OSOBY
ZALEŻNEJ**

1. Uzasadnienie wniosku

Proszę wskazać związek udzielania dofinansowania z możliwością realizacji celów programu). W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w poprzednich latach należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania.

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

2. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji zawodowej

(zawód, staże, kursy, zatrudnienie, rejestracja w UP)

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

3. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji edukacyjnej

(kontynuacja edukacji, zdobycie wykształcenia, zdobycie zawodu)

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

4. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji społecznej

(nawiązywanie kontaktu z rówieśnikami, zaangażowanie w działalność społeczną, przynależność do stowarzyszeń lub organizacji pozarządowych, udział w zajęciach organizowanych przy placówkach pomocy społecznej)

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

5. Plan aktywizacji zawodowej

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

6. Plan aktywizacji edukacyjnej

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

7. Plan aktywizacji społecznej

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

V. 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. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacja Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność osoby uprawnionej do dofinansowania jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> tak – 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy w gospodarstwie domowym osoby uprawnionej o dofinansowanie są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (więcej niż jedna osoba)
3) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie?) np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 13 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4 Czy Wnioskodawca posiada wyróżnienia lub udziela się społecznie jako wolontariusz, jeżeli tak, to proszę wykazać (w okresie trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):
5. Czy osoba uprawniona o dofinansowanie w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 11 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):

Oświadczam, że:

- o wnioskowanie w ramach niniejszego wniosku, dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR Głubczyce** tak nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz otrzymuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek do dalszego rozpatrywania,
- 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.pcpr.powiatglubczycki.pl,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego wynoszącego **co najmniej 15% kosztów opieki** dla osoby zależnej: tak nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków NFZ, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych.

6. 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, uznana będzie za doręczona,
7. w ciągu **ostatnich 3 lat byłem(em)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie,
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 spełnienie warunków uczestnictwa, określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Głubczyce, dnia/...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik wpisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczętkę imienną i 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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym bądź umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - oryginały do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)- 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/e aktu urodzenia dziecka/dzieci. Liczba.....- oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny- oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę/ Podopiecznego, ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Zaświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy – dotyczy osób zatrudnionych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Zaświadczenie z placówki w której dziecko przebywa, bądź ma przebywać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Zaświadczenie Wnioskodawcy poszkodowanego. Poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu:” Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu Aktywny samorząd w 2019”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

W związku z brakiem dokumentuzobowiązuję się dostarczyć w/w dokument(y) do dniaW przypadku niewywiązania się z dostarczenia brakujących dokumentów z wyznaczonym terminie wniosek nie będzie podlegał rozpatrzeniu.

Głubczyce, dnia/...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy