

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

# 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

***Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.***

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | □ we własnym imieniu  □ jako pełnomocnik |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | □ kobieta □ mężczyzna |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

##### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | □ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców  □ miasto do 5 tys. mieszkańców  □ 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 |
|  |  |
| **Stopień niepełnosprawności:** | □ znaczny  □ umiarkowany  □ lekki  □ nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | □ bezterminowo  □ okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | □ I grupa  □ II grupa  □ III grupa  □ nie dotyczy |
| **Niezdolność do pracy:** | □ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  □ całkowita niezdolność do pracy  □ częściowa niezdolność do pracy  □ 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   |  |  | | --- | --- | | Nazwa pola | Zawartość | | **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | □ tak  □ nie | | **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | □ 2 przyczyn  □ 3 przyczyny | |

#### 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 | Na czas nieokreślony | Do dnia |
| □ 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 |  |  |  |
| □ działalność rolnicza |  |  |  |
| □ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania |  |  |  |

##### OBECNIE WNIOSKODAWCA/MOCODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

|  |
| --- |
| □ Nie dotyczy  □ 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 2021 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):**  *Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*   1. *osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2020 r. poz. 764), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), a także,* 2. *osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).*   □ 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 dochód (przeciętny miesięczny dochód 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 2020 r. poz. 111), 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 2019 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020 r. - M.P. 2020, poz. 852), według wzoru: [(3.244 zł x liczba hektarów)/12]/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) |
|  |  |  |  |  |  |

### WNIOSKOWANA 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 WNIOSKODAWCY

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** |  |

*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* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| Lista |
| 1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub orzeczenia równoważnego z ZUS.  2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku).  3. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO) przez realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.  4. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku).  5. Kopia aktu urodzenia dziecka.  6. Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy).  7. Zaświadczenie z Placówki, w której dziecko przebywa, bądź ma przebywać.  8. Oświadczenie Wnioskodawcy, iż nie ubiega się i 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) - sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku).  9. Decyzja/dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę, że Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – zgodnie z ust. 31 pkt 29 dokumentu: „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku.  **Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentów.** |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Plik |
|  |  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Plik |
|  |  |