

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**  **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * we własnym imieniu |
| **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** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak * nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny * umiarkowany * lekki * nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo – do dnia: |
| **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 | |

* 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC** | |
| **Forma zatrudnienia** | **Od 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 |  |
| **OBECNIE DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM** | |
| * Nie dotyczy * Przedszkole * 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 2020 r.”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

* tak  nie

**Czy w przypadku przyznania dofinans****owania 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.*

* tak  nie

**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):**

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU**

* firma handlowa
* media
* Realizator programu
* PFRON
* inne, jakie:

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: [(2.715 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).*

**ŚREDNI DOCHÓD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 brut- to (w zł)** | **Wnioskowana kwota dofinanso- wania (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:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA** | |
| Zestaw załączników określa Realizator | |
| **Lp.** | **Nazwa** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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:* |
|  |  |