



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	

Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

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 niezatrudniona/y)
☐ działalność gospodarcza
☐ działalność rolnicza
☐ zatrudniona/y

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- ☐ Nie dotyczy
☐ Przedszkole
☐ Szkoła podstawowa
☐ Gimnazjum
☐ 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

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.

☐ tak ☐ nie

ŚREDNI DOCHÓD

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: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

☐ 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 miesię- cy	Zakres dat (od dnia do dnia)	Mie- sięcznie	Cena brutto (w zł)	Deklaro- wany udział własny w zaku- pie (w zł)	Wnio- skowa- na kwo- ta dofi- nanso- 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
•	orzeczenie o niepełnosprawności,
•	akt urodzenia dziecka,
•	dokument stanowiący opiekę prawną – jeżeli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
•	informacja o poniesionych kosztach (z placówki),
•	zaświadczenie o zatrudnieniu.
•	klauzula RODO..

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