

Wniosek złożono w PCPR w Lwówku Śl.

w dniu

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „W” – 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.

Moduł I

Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.	
przez..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	
PESEL	Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy - (pocztą).....	Kod pocztowy - (pocztą).....
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok.....	Nr domu nr lok.....
Powiat	Powiat
Województwo	Województwo
☐ miasto do 5 tys. mieszkańców	
☐ inne miasto ☐ wieś	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny:
	nr tel. komórkowego:.....
	e'mail (o ile dotyczy):
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON
	☐ - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI						
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny 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 nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐						
☐ NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni </td> </tr> </table>				Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni
Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni					
☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):						
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne		
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia zwojowe		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA						
☐ niezatrudniona/y: od dnia: ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy						
☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ 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:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I		
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		☐ nie dotyczy
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:		

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 dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						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)
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
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	

3. 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, 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 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - nie ☐ - tak; 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - tak; 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel ?	☐ - nie, ☐ - tak
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - nie, ☐ - tak (1 osoba), ☐ - tak (więcej niż jedna osoba)
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	☐ - nie, ☐ - nie dotyczy, ☐ - tak (proszę opisać):
6) 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 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - nie; ☐ - tak Jakie:.....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- 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 zapewnienia opieki osobie zależnej	
		miesiąc	koszty poniesione**	koszty przewidywane***
1	2	3	4	5
RAZEM:				
RAZEM:				

* W przypadku większej niż jedna liczby osób zależnych Wnioskodawca wypełnia STRONĘ 5 wniosku osobno dla każdej osoby zależnej

** Wnioskodawca w kolumnie nr 4 wpisuje koszty poniesione za zapewnienie opieki dla osoby zależnej za okres poprzedzający okres złożenia wniosku

*** Wnioskodawca w kolumnie nr 5 wpisuje przewidywane koszty za zapewnienie opieki dla osoby zależnej za okres od złożenia wniosku do końca roku 2014

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki	koszt brutto (w zł)	Kwota wnioskowanego dofinansowania (w zł)
poniesione		(85% kosztów opieki nad jedną osobą zależną, ale nie więcej niż 200 zł za każdy miesiąc sprawowania opieki i nie więcej niż 2.400 zł w ciągu roku).
przewidywane		
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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego: PCPR Lwówek Śląski ☐ tak; ☐ nie*,
2. 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,
3. 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: www.pcpr.powiatlwowiecki.pl
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej – nie pochodzące z PFRON i NFZ.
5. 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,
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, uznawana będzie za doręczoną,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie*,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

* właściwe zaznaczyć

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.

..... dnia /..... /2014 r.

.....

podpis Wnioskodawcy

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-13)

Nazwa załącznika		właściwie zaznaczyć		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)-oryginał do wglądu	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do formularza wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk, oryginał do wglądu	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy- oryginał do wglądu	☐	☐	
6.	Kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy lub i osoby występującej w imieniu wnioskodawcy – oryginał do wglądu	☐	☐	
7.	Zaświadczenie o zatrudnieniu	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna	☐	☐	
9.	Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	☐	☐	
10.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki	☐	☐	
11.	Zaświadczenie ze żłobka lub przedszkola, w którym przebywa dziecko lub będzie przebywać	☐	☐	
12.	Dokument potwierdzający uiszczenie opłaty za zapewnienie opieki dla osoby zależnej, z wyszczególnieniem wysokości opłaty za poszczególne miesiące okresu jakim jest objęty wniosek	☐	☐	
13.	Oświadczenie o nieubieganiu się o dofinansowanie przedmiotu wskazanego we wniosku za pośrednictwem innego powiatu (załącznik nr 4 do formularza wniosku)	☐	☐	
14.	Oświadczenie o wysokości posiadanego wkładu własnego (załącznik nr 5 do formularza wniosku)	☐	☐	
15.		☐	☐	
16.		☐	☐	