



Realizator programu: Powiat Staszowski

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”- Moduł I w 2019r.

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. Realizator zastrzega sobie możliwość wezwania Wnioskodawcy do udokumentowania informacji zawartych we wniosku.

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.

PESEL , cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość (uzupełnić)

w przypadku braku nr PESEL) : nazwa dokumentu:

seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....; termin ważności dokumentu

tożsamości do dnia..... Płeć: ☐ kobieta , ☐ mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne, ☐ wspólne; **Stan cywilny:** ☐ wolna/y; ☐ zameżna/żonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców; ☐ inne miasto; ☐ wieś

ADRES ZAMELDOWANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

ADRES KORESPONDENCYJNY:

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

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:**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA PRZEBYWAJĄCEGO W PRZEDSZKOLU, ŻŁOBKU, KLUBIKU
DZIECIĘCYM, PUNKCIE PRZEDSZKOLNYM, ZESPOLE WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO,
ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM W SZKOLE LUB POD OPIEKĄ INNEJ OSOBY NP. OPIEKUNKI
DZIENNEJ**

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA PRZEBYWAJĄCEGO W PRZEDSZKOLU, ŻŁOBKU, KLUBIKU
DZIECIĘCYM, PUNKCIE PRZEDSZKOLNYM, ZESPOLE WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO,
ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM W SZKOLE LUB POD OPIEKĄ INNEJ OSOBY NP. OPIEKUNKI
DZiennej**

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL

Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

☐ 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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej

☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym ☐ NIE DOTYCZY

Wnioskodawca/Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca/Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca/Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**

☐ osoba niewidoma

☐ osoba głuchoniewidoma

☐ NIE DOTYCZY

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia:			<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:.....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowany w PUP od dnia:.....		
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia:		
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y nie zarejestrowany w PUP		
<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 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		Adres miejsca pracy: Tel. kontaktowy do pracodawcy.....
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> nie dotyczy	Miejsce prowadzenia działalności:	

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<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 WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<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"/> INNA, jaka:

<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 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"/> 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 jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym składany jest wniosek o dofinansowanie ?			tak <input type="checkbox"/> ; nie <input type="checkbox"/>
Nazwa instytucji, która przyznała pomoc ze środków PFRON	Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Wysokość otrzymanego dofinansowania

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! Termin wymagalnych zobowiązań został określony w ust.31 pkt 43 „Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 roku.

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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) 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.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - więcej niż 3 przyczyny <input type="checkbox"/> - nie
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskodawca po raz pierwszy uzyska dofinansowanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania określonego ogólnie we wnioskowanym zadaniu (udzielając odpowiedzi należy brać pod uwagę każdą pomoc przyznaną ze środków PFRON)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
4) 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)?	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):

<p>5) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (należy wziąć pod uwagę 2018 oraz 2019 rok) w rozumieniu ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					

Wnioskowana kwota dofinansowania			
Koszty opieki:	Planowany koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w pełnych zł)	Udział własny (w zł) 15% ceny brutto
Razem			

5. Informacje uzupełniające

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)	
numer rachunku bankowego	
właściciel rachunku	
nazwa banku	

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu **Powiatu Staszowskiego** ☐ tak - ☐ nie
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie wnioskowanego przedmiotu ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem strony internetowej www.pfron.org.pl
- zapoznałam(em) się z przyjętymi przez Realizatora „Zasadami przyznawania i rozliczania dofinansowań ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową w 2019 roku”, które przyjmuję do wiadomości

i stosowania oraz przyjął(ę) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem www.staszowski.eu zakładka „Aktywny Samorząd”,

6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskała(m) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup przedmiotu dofinansowania: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie przedmiotu dofinansowania:
co najmniej 15% ceny brutto ☐ tak ☐ nie
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
9. 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,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać (art. 79 Kodeksu Cywilnego).

.....dnia

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy oraz jego podopiecznego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia /skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie ze żłobka/przedszkola lub innej placówki potwierdzające uczęszczanie dziecka/dzieci do placówki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- dokumenty, o których mowa w ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, a także na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych – wystawione przez pracodawcę zaświadczenie informujące o formie zatrudnienia Wnioskodawcy wraz ze wskazaniem czasokresu zatrudnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą – wpis do CEIDG, w przypadku osób prowadzących działalność rolniczą – decyzja z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (jakie?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych do wniosku dokumentów

Data, podpis i pieczęćka imienna pracownika Realizatora