



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR.....4820.....2018

Podpis pracownika:.....

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu, tj. PCPR w Cieszynie, ul. Bobrecka 29

WNIOSEK „P” – Moduł I, Obszar D

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej**

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprcieszyn.ox.pl
w zakładce: Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

1.1. Dane personalne Wnioskodawcy:

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniur.

przez data ważności dokumentur.

Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

1.2. Adres zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC)*:

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica nr domunr lok.

Powiat Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

*ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

1.3. Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

.....
.....

Tel.:

e-mail:

.....

1.4. Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa - media
 - Realizator programu (PCPR) - PFRON

- inne, jakie:

.....

1.5. Stan prawny dotyczący 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

1.6. Rodzaj niepełnosprawności:

01-U - Upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R choroby narządu ruchu

06-E epilepsja

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

08-T choroby układu pokarmowego

09-M choroby układu moczowo – pęciowego

10-N choroby neurologiczne

11-I inne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

1.7. Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

rejestracja w PUP – (od kiedy?)

.....

działalność gospodarcza -

Nr NIP:

działalność rolnicza

zatrudniony:

Nazwa firmy, adres:

.....

.....

nie dotyczy

1.8. Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

szkoła policealna

kolegium

studia pierwszego stopnia

studia drugiego stopnia

jednolite magisterskie

studia podyplomowe / studia doktoranckie

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

- Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR)
 tak [] nie []

Cel, nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc/ przedmiot dofinansowania	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana		Razem kwota rozliczona	

- 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*:

* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.
Uwaga! W ramach programu „ MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

(w przypadku większej liczby dzieci poniższą tabelę należy skserować, dla każdego dziecka oddzielnie)

OSOBA ZALEŻNA (w przypadku Obszaru D) – należy przez to rozumieć dziecko będące pod opieką wnioskodawcy i przebywające w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką (dziennego opiekuna, niani lub w ramach klubu dziecięcego, punktu przedszkolnego, zespołu wychowania przedszkolnego, oddziału przedszkolnego w szkole);

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy (PESEL):

Adres placówki, w której przebywa lub ma które przebywa lub ma przebywać w placówce przebywać dziecko Wnioskodawcy:

.....

Proponowany okres dofinansowania:

Proponowany okres dofinansowania	Proponowana liczba dni objętych dofinansowaniem	Koszt dzienny za pobyt i wyżywienie	Miesięczny koszt pobytu dziecka w placówce: (=2*3)
1	2	3	4
Styczeń			
Luty			
Marzec			
Kwiecień			
Maj			
Czerwiec			
Lipiec			
Sierpień			
Wrzesień			
Październik			
Listopad			
Grudzień			
Razem w proponowanym okresie dofinansowania:			

Wnioskowana kwota dofinansowania:

Orientacyjny koszt brutto (w zł)

Wkład własny – 15%

Kwota wnioskowana (w zł)

4. Uzasadnienie wniosku:

(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprcieszyn.ox.pl,
4. w okresie ostatnich 3 lat **uzyskałam(em) / nie uzyskałam(em)*** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej,
5. 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,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15 % ceny brutto),
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am) / nie byłam(am)*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu księgowego na rachunek placówki lub beneficjenta pomocy.

* - *skreślić niewłaściwe*

Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016r. poz. 922 z późn. zm.) w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków PFRON (tj. uchwała nr 5/2014 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 9 czerwca 2014r. z późn. zm.) zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511).

Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów obowiązującego prawa.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd”.

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

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

Miejscowość, data

Podpis Wnioskodawcy

Załączniki dołączone do wniosku:		
TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		Załącznik nr 1 - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		Załącznik nr 2 - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i>)
		Załącznik nr 3 - Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu
Inne – o ile dotyczy:		
		Kserokopia aktu urodzenia dziecka
		Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym
		Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (<i>dot. osób uczących się lub studiujących</i>),
		Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (<i>w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę</i>)
		Zaświadczenie o zatrudnieniu - <i>w przypadku osób zatrudnionych,</i>
		Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - <i>w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</i>
		udokumentowane/potwierdzone wystąpienie zdarzenia skutkującego starami materialnymi w gospodarstwie domowym wydane przez podpowiedź jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, Policję, straż - <i>gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych</i>
W przypadku występowania przez pełnomocnika:		
		Kopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		Oświadczenie Pełnomocnika , iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.