

Data wpływu do PCPR w Koninie:.....

Nr sprawy:.....

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



WNIOSEK „P” – część A

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.

D – POMOC W UTRZYMANIU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ POPRZEZ ZAPEWNIENIE OPIEKI DLA OSOBY ZALEŻNEJ TJ. DZIECKA BĘDĄCEGO POD OPIEKĄ WNIOSKODAWCY, PRZEBUWAJĄCEGO W ŻŁOBKU LUB PRZEDSZKOLU ALBO POD INNĄ TEGO TYPU OPIEKĄ

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko.....
PESELData urodzeniaf.
Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zameżna/zonaty
Dowód osobisty seria numer wydany przez
.....
data wydania...../ ważny do
Nr telefonu:.....e'mail.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy.....
(poczta)
Miejscowość
ulica
Nr domu Nr lok. Powiat
Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy.....
(poczta)
Miejscowość
ulica
Nr domu Nr lok. Powiat
Województwo

miasto < 5 tys. mieszkańców

miasto >= 5 tyś mieszkańców

wieś

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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

01-U - upośledzenie umysłowe;
02-P - choroby psychiczne;
03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;
osoba głucha
04-O - choroby narządu wzroku;
osoba niewidoma
osoba głuchoniewidoma
05-R - upośledzenie narządu ruchu;
jednej kończyny górnej
obu kończyn górnych
jednej kończyny dolnej
obu kończyn dolnych innym

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;
dysfunkcja narządu ruchu
osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
11-I - inne,
12 - C – całościowe zaburzenia rozwojowe
dysfunkcja narządu ruchu

osoba nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

osoba porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego elektrycznego

osoba porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia: nie dotyczy

bezrobotna/y poszukująca/y pracy **Należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie z PUP**

Zatrudniony – okres: od dnia: do dnia:

na czas nieokreślony..... na inny okres.....

Rodzaj zatrudnienia:

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę (na czas nieokreślony bądź określony nie krótszy niż 3 mies.)

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania bądź spółdzielczej umowy o pracę (jeśli jego czas jest określony to nie może być krótszy niż 3 miesiące)

Prowadzę działalność rolniczą – ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników z dnia 20 grudnia 1990r. z późn.zm.

Prowadzę działalność gospodarczą – ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 02 lipca 2004r. z późn.zm.

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej (nie krócej niż 6 miesięcy – okresy umów obowiązuje po sobie sumują się)

Odbywam staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.)

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Działalność gospodarcza – NIP:

Działalność rolnicza – miejsce prowadzenia:

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)	miesięcznie	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Wkład własny 15%	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem			

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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		

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 UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W UTRZYMANIU ATYWYWNOŚCI ZAWODOWEJ POPRZEZ ZAPEWNIENIE OPIEKI DLA OSOBY ZALEŻNEJ:

NIE **TAK** w roku w ramach

a także w roku w ramach

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. 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 (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	- tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) 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
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	- tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie
5) 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. Proszę opisać Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	- tak - nie

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Koninie **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 pod adresem: www.pcpr.konin.pl
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 15% ceny brutto),
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. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
7. 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,

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 /..... /20... r. podpis Wnioskodawcy
--	-------------------------------------

Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)			
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym			
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu			
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny			
6.	Zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu			
7.	Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o rejestracji (bezrobotny/poszukujący zatrudnienia)			
8.	Zaświadczenie z placówki			
9.	Potwierdzenie dokonania opłaty			
10.	Inne załączniki (należy wymienić):			
11.				