

WNIOSEK-Moduł I Obszar D

dofinansowanie ze środków PFRON opieki dla osoby zależnej w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Wniosek złożono w: <i>pieczętka + podpis osoby przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku)</i>	Numer akt:
--	-------------------

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....Dowód osobisty: seria.....numer.....

Wydany w dniu..... przez.....

ważny do dnia.....

Adres zamieszkania.....

Adres korespondencyjny.....

Adres e-mail:Numer telefonu.....

Wnioskodawca jest osobą:

- ☐ samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu
- ☐ wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem/rodzicem

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	znaczny stopień	I grupa inwalidzka
całkowita niezdolność do pracy	umiarkowany stopień	II grupa inwalidzka

OBECNE ZATRUDNIENIE
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> bezrobotny/poszukujący pracy zarejestrowany w Urzędzie Pracy

2. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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 w proponowanym okresie dofinansowania
		liczba miesięcy	(od-do)	
RAZEM:				

3. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjny koszt opieki (RAZEM Z PKT 2)	Kwota wnioskowana (w zł)

4. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskał <u>na ten cel</u> pomoc ze środków PFRON					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	---

5. Informacje do oceny merytorycznej wniosku

PYTANIE / ZAGADNIENIE	INFORMACJE WNIOSKODAWCY
1) uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanej niepełnosprawności)	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
2) Czy występują szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (jakie?) np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. potwierdzone przedstawioną dokumentacją	<div>TAK NIE</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

6. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku	
numer rachunku bankowego	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
nazwa banku	

7. Oświadczenie o dochodach wnioskodawcy

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony na liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił.....zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Olsztyn, dnia/...../20.... r.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

8. Oświadczam, że:

- a) nie ubiegam się i nie będę ubiegał się w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- b) zapoznałem/am się z zasadami udzielenia pomocy w ramach pilotażowego programu „ Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/jęłam do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem www.pfron.org.pl,
- c) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15% ceny brutto)
- d) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MZON w Olsztynie oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- e) w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ TAK ☐ NIE
- f) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 Nr 101 poz. 926 ze zmianami)

Olsztyn, dnia/...../20.... r.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

9. Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		Wypełnia Miejski Zespół ds. Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego			
2	Zaświadczenie o zatrudnieniu bądź rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy			
3	Kserokopia aktu urodzenia dziecka			
4	Dokument potwierdzający miejsce i rodzaj sprawowanej opieki nad dzieckiem-umowa z placówką			

Deklaracja bezstronności

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- bezstronnego przeprowadzania weryfikacji wniosku pod względem formalnym i merytorycznym

.....
Data

.....
podpis i pieczęć pracownika