6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko  dziecka Wnioskodawcy,** | **Adres placówki,**  **w której przebywa lub ma** | **Proponowany okres dofinansowania** | | **Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy  w placówce (cena brutto w zł)** | |
| **które przebywa lub ma przebywać w placówce**  **(żłobku lub przedszkolu) albo pod inną tego typu opieką** | **przebywać dziecko Wnioskodawcy** | **liczba miesięcy** | **(od-do)** | **miesięczny** | **razem  w proponowanym okresie dofinansowania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |  |

**7. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszar D** | **Planowany (orientacyjny) koszt usługi (cena brutto w zł)-**  **razem z pkt 6** | **Udział własny (w zł brutto) stanowiący co najmniej 15 % ceny brutto usługi** | **Wysokość kwoty wnioskowanej (w zł)** |
| **Razem** |  |  |  |

8. Oświadczam, że:

1. Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie   
   z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: mopr.gda.pl, a także [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
4. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy tj. pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
5. nie otrzymałam(em) w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy tj. pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej,
6. posiadam środki finansowe przeznaczone na pokrycie udziału własnego kosztów opieki dla osoby zależnej, wynoszącego **co najmniej 15%** kosztów opieki dla osoby zależnej,
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,
8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 latbyłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej   
    i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, gdy wystawienie faktury nie jest możliwe lub na wskazany rachunek bankowy Wnioskodawcy – do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania,
11. w przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON dostarczę w wyznaczonym terminie pisemną informację, przygotowaną zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającą stan faktyczny   
    w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
12. posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: □ tak - □ nie.

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** |

9. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  lub orzeczenia równoważnego *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
|  | Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* |  |  |  |
|  | Kserokopia/e akt urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ........... *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
|  | Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi  – jeśli dotyczy *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
|  | Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących  z Wnioskodawcą – jeśli dotyczy *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
|  | Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktywność zawodową |  |  |  |
|  | W przypadku Wnioskodawców, którzy się uczą – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki |  |  |  |
|  | Dowód osobisty do wglądu |  |  |  |
|  | Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym *załącznik nr 4 do wniosku* |  |  |  |
|  | Kserokopia umowy dot. sprawowania opieki nad dzieckiem zawartej np. z przedszkolem, żłobkiem |  |  |  |
|  | W przypadku osób poszkodowanych w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję. |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |