



Data wpływu:

Nr sprawy: PCPR.511.1.1.2.....2024



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK „M-I”**

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu

„Aktywny samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

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

*Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.***DANE WNIOSKODAWCY/ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

**DANE WNIOSKODAWCY/DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY	
<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE MOCODAWCY/DANE PERSONALNE /MOCODAWCY	
<i>Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.</i> <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE MOCODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- ☐ 01-U upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P choroby psychiczne
- ☐ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - ☐ osoba głucha
  - ☐ osoba głuchoniema
- ☐ 04-O narząd wzroku
  - ☐ osoba niewidoma
  - ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ 05-R narząd ruchu
  - ☐ Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - ☐ Dysfunkcja obu kończyn górnych
- ☐ 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
- ☐ 11-I inne
- ☐ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- ☐ nie dotyczy  
☐ nieaktywna/y zawodowo  
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy) Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):.....  
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)  
☐ zatrudniony

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

### OBECNIE WNIOSKODAWCA /MOCODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- ☐ Nie dotyczy  
☐ Przedszkole  
☐ Szkoła podstawowa  
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa  
☐ Technikum  
☐ Liceum  
☐ Szkoła policealna  
☐ Kolegium  
☐ Studia I stopnia  
☐ Studia II stopnia  
☐ Studia magisterskie (jednolite)  
☐ Studia podyplomowe  
☐ Studia doktoranckie  
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)  
☐ Szkoła doktorska  
☐ Uczelnia zagraniczna  
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE ☐ Każda inna, jaka: .....

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR? ☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

### ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma handlowa  
☐ media  
☐ Realizator programu  
☐ PFRON  
☐ inne, jakie: .....

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** ☐ indywidualne ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:** .....

*Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

*Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.*

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### PRZEDMIOT WNIOSKU – MODUŁ I/Obszar D

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	PESEL	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
			Liczba miesięcy	Zakres dat (od dnia do dnia)	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)

### WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ŁĄCZNIE

Nazwa pola	Zawartość
<b>Cena brutto (w zł) za wskazany okres pobytu:</b>	
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł):</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł):</b>	
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy:</b>	

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

*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.*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA – wypełnia Realizator programu. Załączniki dołączone do wniosku**

Lp.	Nazwa

Wymagane załączniki:

1. Aktualne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
2. Akt urodzenia dziecka,
3. Zaświadczenie z przedszkola/żłobka potwierdzające fakt uczęszczania dziecka do: żłobka, przedszkola, klubu dziecięcego, punktu przedszkolnego, zespołu wychowania przedszkolnego, oddziale przedszkolnym w szkole,
4. W przypadku osoby zatrudnionej zaświadczenie od pracodawcy – załącznik nr 3 do wniosku,
5. W przypadku osoby niezatrudnionej, a zarejestrowanej w PUP zaświadczenie potwierdzające status osoby bezrobotnej,
6. Klauzula informacyjna – załącznik nr 6 do wniosku,
7. Oświadczenia wnioskodawcy – załącznik nr 7 do wniosku.