STRONA 5

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy,** | **Adres placówki,** **w której przebywa lub ma** | **Proponowany okres dofinansowania** | **Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce** |
| **które przebywa lub ma przebywać w placówce** | **przebywać dziecko Wnioskodawcy** | **liczba miesięcy** | **(od-do)** | **miesięczny** | **razem w proponowanym okresie dofinansowania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |  |

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Koszty opieki:** | **Orientacyjny koszt (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| **Razem** |  |  |

**6. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)* |
| numer rachunku bankowego ........................................................................................................nazwa banku .............................................................................................................................. |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Rypińskiego □ 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

**STRONA 6**

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** |

7. 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) |   |   |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)* |   |   |  |
|  | Oświadczenie o nieubieganiu się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego realizatora (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku) |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu  |   |   |  |
|  | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ........ |   |   |  |
|  | Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy |   |   |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |