

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

STRONA 5

| 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) | miesięczny                                   | razem w proponowanym okresie dofinansowania |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
|  |   |                                  |         |  |   |
| <b>RAZEM:</b>  |   |                                  |         |  |   |

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty opieki: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|----------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>Razem</b>   |                           |                          |

#### 6. Informacje uzupełniające

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

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu radziejowskiego  tak -  nie
- 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,
- 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](http://www.pfron.org.pl),
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(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, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 (wiersze 6-12)

| Nazwa załącznika |  | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
|                  |  | Dolączyło do wniosku  | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.               | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | 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)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | 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 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk .....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | Inne załączniki (należy wymienić):   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |