

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

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
RAZEM:					

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	
Orientacyjna cena brutto (w zł)	
Wysokość wkładu własnego (15 % ceny brutto)	
Kwota wnioskowana - (85 %)	

3. Informacje uzupełniające

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

4. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (1-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych 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.	Klauzula informacyjna (załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie, a w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą wypis z ewidencji osób prowadzących działalność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający fakt przebywania dziecka wnioskodawcy w żłobku, przedszkolu lub inna tego typu opieką (dzienny opiekun, niania, klub dziecięcy, punkt przedszkolny, zespół wychowania przedszkolnego) - (stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie osoby w 2018 lub 2019 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)			
9.	Inne załączniki (należy wymienić):			
10.				
11.				
12.				

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Wnioskodawcy

.....
pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną żłobka / przedszkola dla potrzeb pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

imię i nazwisko dziecka.....

nr PESEL

uczęszczało do placówki.....

.....
(pełna nazwa żłobka / przedszkola

Od dniado dnia

Zostały dokonane następujące opłaty (łącznie: wyżywienie + pobyt)

W okresie od.....do.....

Miesiąc	kwota
Styczeń	
Luty	
Marzec	
Kwiecień	
Maj	
Czerwiec	
Lipiec	
Sierpień	
Wrzesień	
Październik	
Listopad	
Grudzień	

Placówka nie wystawia faktur i rachunków.

podpis pracownika jednostki organizacyjnej

data, podpis: