

Wniosek złożono
w dniu

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

MODUŁ I

Obszar A – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniur. przez

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy - (pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - (pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - PFRON - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: tak niePłeć: kobieta mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

 miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** obu kończyn górnych jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: **NARZĄD WZROKU 04-O** osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

 INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): 01-**U** upośledzenie umysłowe 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia 09-**M** choroby układu moczowo - pęciowego 11-**I** inne - **OSOBA GŁUCHA** 02-**P** choroby psychiczne 06-**E** epilepsja 08-**T** choroby układu pokarmowego 10-**N** choroby neurologiczne 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojoweSzczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl**STRONA 2****OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ŻŁOBEK | <input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE | <input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA |
| <input type="checkbox"/> GIMNAZJUM | <input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> STUDIA |
| <input type="checkbox"/> INNA, jaka | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy
 Miejscowość ulica Nr domu
 Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

zatrudniona/y:
 od dnia:..... do dnia:
 na czas nieokreślony inny, jaki:

Nazwa pracodawcy:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 staż zawodowy

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza
 Nr NIP: na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
 inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza
 Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

| | |
|--|---|
| Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie? | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
|--|---|

| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |
|---|--|--|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | |

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. *fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|--|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu) | |
| 2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu. | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel ? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): |

STRONA 5

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1

| | |
|--|--|
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) (wg załączonej oferty cenowej lub kosztorysu) | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|--|--|

| | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | |
| <input type="checkbox"/> | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła | |
| <input type="checkbox"/> | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | |
| <input type="checkbox"/> | specjalne siedzenia | |
| <input type="checkbox"/> | elektroniczna obręcz przyspieszenia | |
| <input type="checkbox"/> | ręczny gaz – hamulec | |
| <input type="checkbox"/> | przedłużenie pedałów | |
| <input type="checkbox"/> | sterowanie elektroniczne | |
| <input type="checkbox"/> | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego | |
| <input type="checkbox"/> | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników | |
| <input type="checkbox"/> | system wspomagania parkowania | |
| <input type="checkbox"/> | inne, jakie: | |
| | RAZEM | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|--------------------------|
| | |

6. Informacje uzupełniające

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji nr rejestracyjny <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| <input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.). |
| <input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji nr rejestracyjny |
| <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: |
| <p align="center">CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</p> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach |

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),,
- 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, a także pod adresem: www.pcpwrzesnia.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto)- nie pochodzące z PFRON ani z NFZ,

STRONA 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 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, 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 - 15)

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (<i>należy zaznaczyć właściwe</i>) | | |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i>) - 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 aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Oświadczenie pełnomocnika sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu jako przyczynę niepełnosprawności w przypadku gdy dysfunkcja narządu ruchu nie wynika z orzeczenia (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku- wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu, którego oprzyrządowanie jest przedmiotem wniosku- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Zaświadczenie o pobieraniu nauki o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | Zaświadczenie o zatrudnieniu o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. | Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. | Oferta cenowa lub kosztorys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |