

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ I – OBSZAR A

Zadanie 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

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.

1. Informacje Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyznaPESEL

Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL) seria numer

wydany w dniur.

przez ważny do dniar

Stan cywilny:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

Wnioskodawca jest osobą: Stan cywilny:

☐ samotnie wychowując dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu☐ wychowując i utrzymując dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

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

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania w ramach
programu☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL) seria numer

wydany w dniu.....r.

przez.....

ważny do dnia.....r

Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

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 życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

Podopieczny jest osobą ubezwłasnowolnioną częściowo/całkowicie* : ☐ TAK ☐ NIE

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej

☐ obu kończyn dolnych

☐ jednej kończyny dolnej

☐ innym

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

☐ **01-U**
upośledzenie
umysłowe

☐ **03-L** zaburzenia
głosu, mowy i choroby
słuchu

☐ **06-E** epilepsja

☐ **08-T** choroby
układu
pokarmowego

☐ **10-N**
choroby
neurologiczne

☐ **12-C** całościowe
zaburzenia
rozwojowe

☐ **02-P**
choroby
psychiczne

☐ **04-O** choroby
narządu wzroku

☐ **07-S** choroby
układu
oddechowego i
krążenia

☐ **09-M** choroby
układu
moczowo - pęciowego

☐ **11-I** inne

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO – o ile dotyczy

(okresy zatrudnienia sumują się jeżeli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dnia – przerwa nie jest wliczana)

☐ niezatrudniona/y

Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako:

☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony nie krótszy niż 3 miesiące☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy☐ staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

.....
.....
.....

Adres miejsca pracy:

.....
.....
.....
.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

.....

☐ działalność gospodarcza☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

.....

☐ inna, jaka i na jakie podstawie:.....☐ działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

.....

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI☐ ŻŁOBEK☐ PRZEDSZKOLE☐ SZKOŁA PODSTAWOWA☐ GIMNAZJUM☐ LICEUM☐ TECHNIKUM☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA☐ KOLEGIUM☐ SZKOŁA POLICEALNA☐ STUDIA☐ nie dotyczy☐ INNA, jaka

.....

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

POZOSTAŁE INFORMACJE

Czy podopieczny jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

☐ TAK☐ NIE

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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"/>
Beneficjent pomocy	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcie	Wysokość dofinansowania

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		

CZY PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU ZE ŚRODKÓW PFRON: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach jeżeli tak proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania
<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"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		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, w tym fotelik dziecięcy	
<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	

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

5. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (należy wskazać w jaki sposób dostosowane urządzenia lub wyposażenie samochodu dostosowane są do indywidualnych potrzeb beneficjenta związanych z rodzajem niepełnosprawności, które umożliwią użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Oświadczenia wnioskodawcy/beneficjenta:

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę się ubiegał(a) / ubiegam się lub będę się ubiegał (a)* w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl.
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu : ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 15 %ceny brutto), ☐ tak - ☐ nie,
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 **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 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 bankowy Usługodawcy, na warunkach określonych w umowie dofinansowania.
10. środki finansowe stanowiące udział własny pochodzą/nie pochodzą* ze środków PFRON,
11. zobowiązuję niezwłocznie zgłosić do Realizatora informacji o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

*Niewłaściwe skreślić

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 /.....
	podpis

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku (<i>należy zaznaczyć właściwe</i>)
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego /ewentualnie umowa użytkowania samochodu gdy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie sprzętu/urządzeń mobilnych	<input type="checkbox"/>
5.	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego urządzenia	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie lekarskie w przypadku osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane z powodu niepełnosprawności o symbolach N, C	<input type="checkbox"/>
7.	Zaświadczenie z PUP w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne/poszukujące pracy z wyszczególnieniem okresu rejestracji – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
8.	W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – należy przedłożyć zaświadczenie od pracodawcy wskazujące okresy zatrudnienia – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
9.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
10.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
11.	Zaświadczenie potwierdzające naukę – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
12.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>
13.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku osoby niepełnosprawnej , w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>
14.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
15.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
16.		<input type="checkbox"/>