

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 w swoim imieniu

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 dniu.....r.

przez.....ważny do dnia.....r

Stan cywilny:

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

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

Powiat

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:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych </div> <div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej </div>					
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej </div> <div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> innym </div>					
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):					
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	04- O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne	

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y	
Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako:	
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: </div> <div> <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: </div>	<div style="margin-bottom: 10px;"> Nazwa pracodawcy: </div> <div> Adres miejsca pracy: </div>
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 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 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy </div> <div> <input type="checkbox"/> staż zawodowy </div>	<div style="margin-bottom: 10px;"> Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: </div>
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: </div> <div> <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakie podstawie:..... </div>

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:
---	--

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<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 DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> INNA, jaka:		
<p align="center">NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</p> <p>Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy</p> <p>Miejscowość ulica Nr domu</p> <p>Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:</p>		
POZOSTAŁE INFORMACJE		
<p>Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>		

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:		
.....		

☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:

[illegible]

6. Oświadczenia wnioskodawcy

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 przyjął(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 Wnioskodawcy

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	<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.	Dokument potwierdzający uszkodzenie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>