

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ I – OBSZAR C

**Zadanie 5** – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

### 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 o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie)

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka    ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

PESEL

Dowód osobisty (w przypadku braku numeru PESEL) seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do dnia.....r.

Płeć: ☐ kobieta    ☐ mężczyzna

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 lok. ....

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

☐ - Realizator programu    ☐ - media    ☐ - PFRON    ☐ - inne, jakie:

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

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL 

**Dowód osobisty** (W przypadku braku numeru  
PESEL) seria ..... numer ..... wydany w  
dniu.....  
przez.....  
ważny do dnia.....r.

Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ 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 ( dotyczy dziecka do 16 roku życia)Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowoPodopieczny jest osobą ubezwłasnowolnioną częściowo/całkowicie\* : ☐ TAK ☐ NIE**RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**☐ 01-**U** upośledzenie  
umysłowe☐ 03-**L**  
zaburzenia  
głosu, mowy i  
choroby słuchu☐ 05-**R**  
upośledzenia  
narządu ruchu☐ 07-**S** choroby  
układu  
oddechowego i  
krążenia☐ 09-**M** choroby  
układu  
moczowo -  
płciowego☐ 11-**I** inne☐ 02-**P**  
choroby psychiczne☐ 04-**O**  
choroby narządu  
wzroku☐ 06-**E** epilepsja☐ 08-**T** choroby  
układu  
pokarmowego☐ 10-**N**  
choroby  
neurologiczne☐ 12-**C**  
całościowe  
zaburzenia  
rozwojowe**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: .....

## 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: okres ten nie może być 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:

.....

## OBECNIE PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ

☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

☐ LICEUM

☐ TECHNIKUM

☐ SZKOŁA POLICEALNA

☐ KOLEGIUM

☐ STUDIA    DOKTORANCKIE

☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

☐ STUDIA    PODYPLOMOWE

☐ nie dotyczy

☐ INNA, jaka:

## NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

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/podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca/podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak ☐ nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

CZY PODOPIECZNY WNIOSKODAWCY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH PROGRAMU AKTYWNY SAMORZĄD W ZAKUPIE skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w także w ..... roku

jeżeli tak proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania

.....

.....

## 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu - proszę wybrać właściwy	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym :		
Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego:		

4. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (należy opisać indywidualne i specyficzne dla danego rodzaju dysfunkcji potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną wnioskodawcy).

5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY/SPRZEDAWCY
Imię i nazwisko posiadacza rachunku.....
Ares zamieszkania.....
Numer rachunku bankowego .....
Nazwa banku .....

6. Oświadczenia wnioskodawcy

Oświadczam, że:

- 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).
- 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego : ☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej **35% ceny brutto**) : ☐ tak - ☐ nie,
- na cel objęty niniejszym wnioskiem uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: ☐ tak ☐ nie,
- 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,
- 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, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy Usługodawcy, na warunkach określonych w umowie dofinansowania.
- środki finansowe stanowiące udział własny pochodzą/nie pochodzą\* ze środków PFRON,
- 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 (należy zaznaczyć właściwe)
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego /orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku osoby do 16 roku życia	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku)	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
5.	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie potwierdzające naukę	<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.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
12.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	
13.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	
14.	Inne załączniki (należy wymienić):	