

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P”- Moduł I: Obszar A - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Zadanie nr 1: Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

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 – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważnym do..... Płeć: kobieta mężczyzna
PESEL
Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)
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 -
(poczta)
Miejscowość
Ulica
Nr domu nr lokalu
Powiat
Województwo

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

- firma handlowa - 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

- NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej |
| | <input type="checkbox"/> innym |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O | Lewe oko: | Prawe oko: | |
| | <input type="checkbox"/> osoba niewidoma | Ostrość wzoru (w korekcji):..... | Ostrość wzoru (w korekcji):..... |
| | <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | Zwężenie pola widzenia: stopni | Zwężenie pola widzenia: stopni |

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

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <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 |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <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 |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

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

Nazwa pracodawcy:

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:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? | | | | | | 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: | | | | | | | |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 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: | | |
| | | |
| Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął | | |

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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|--|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) | |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. | <input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania? | <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 (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <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): |

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

| | |
|---|--|
| 6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 7) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało rehabilitację? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 8) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zlikwiduje barierę transportową? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 9) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało jego zatrudnienie? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 10) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi jego aktywizację społeczną? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |

4. 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 | |
| <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 | 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: |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach |

Oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego tak - nie,
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, a także pod adresem:
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),
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 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

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Kserokopia dowodu osobistego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów 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"/> | |
| 4. | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - 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"/> | |
| 5. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do formularza wniosku) (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | W przypadku zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | W przypadku kształcenia się na poziomie ponadgimnazjalnym: zaświadczenie potwierdzające kształcenie (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Zaświadczenie o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Potwierdzenie działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Potwierdzenie aktywnego poszukiwania pracy lub lepszego przygotowania do podjęcia pracy lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu, do którego ubiega się o pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | Dwie oferty cenowe na wnioskowany sprzęt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |