

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 4: Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

W wniosku należy wypełnić wszystkie pola 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 ☐ zameżna/żonaty

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 -
(poczt)

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ NARZĄD WZROKU 04-O | Lewe oko: | Prawe oko: |
| ☐ osoba niewidoma | Ostrość wzoru (w korekcji): | Ostrość wzoru (w korekcji): |
| ☐ osoba głuchoniewidoma | Zwężenie pola widzenia: stopni | 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
☐ - OSOBA GŁUCHA | ☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | ☐ 09- M choroby układu moczowo - płciowego | ☐ 11- I inne |
| ☐ 02- P choroby psychiczne | ☐ 06- E epilepsja | ☐ 08- T choroby układu pokarmowego | ☐ 10- N choroby neurologiczne | ☐ 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 | Nazwa pracodawcy:
Adres miejsca pracy:
.....
Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | |
| ☐ umowa cywilnoprawna | |
| ☐ staż zawodowy | |

☐ **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

☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

[illegible]

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

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 potrzebe powtórniego/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.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - 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)?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):

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.	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało rehabilitację?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
8) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zlikwiduje barierę transportową?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
9) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało jego zatrudnienie?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
10) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi jego aktywizację społeczną?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
☐	Komunikatory/tablice	
☐	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
☐	Oprogramowanie, jakie:	
☐	Aplikacje, jakie	
☐	Sygnalizator	
☐	Dodatkowe oświetlenie	
☐	Wskaźniki optyczne	
☐	Inne, jakie:	
☐	Inne, jakie:	
☐	Inne, jakie:	
☐	Inne, jakie:	
☐	Inne, jakie:	
RAZEM		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

☐ Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny	☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
--	--

☐ Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).
☐ 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
☐ NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU ☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: ☐ NIE ☐ 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	☐	☐	
2.	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)	☐	☐	
3.	Klauzula przetwarzania 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	☐	☐	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – o ile dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do formularza wniosku) (o ile dotyczy)	☐	☐	
5.	W przypadku zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	☐	☐	
6.	W przypadku kształcenia się na poziomie ponadgimnazjalnym: zaświadczenie potwierdzające kształcenie (o ile dotyczy)	☐	☐	
7.	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)	☐	☐	
8.	Potwierdzenie działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)	☐	☐	
9.	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)	☐	☐	
10.	Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu, do którego ubiega się o pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania	☐	☐	
11.	Dwie oferty cenowe na wnioskowany sprzęt	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	
14.		☐	☐	