

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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

Zadanie nr 1: Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

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.....ważny do..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/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 korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

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☐ przebywająca/y na rencie/emeryturze

- | | |
|---|---|
| ☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia: | Nazwa pracodawcy:
Adres miejsca pracy: |
| ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki: | |
| ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | 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.

[illegible]

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.	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON podniesie jakość wykonywanej przez niego pracy?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
8) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zmniejszy bariery ograniczające dostęp do edukacji?	☐ - 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

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	☐ tak ☐ nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL zakupiony ze środków:	rok nabycia:r. ☐ nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ tak - w roku ☐ nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ tak - w roku ☐ nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	 kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	☐ tak ☐ nie
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	☐ tak ☐ nie
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	☐ tak ☐ nie

8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	☐ tak ☐ nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	☐ tak ☐ nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	☐ tak ☐ nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	☐ tak ☐ nie
– występują odlegliny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	☐ tak ☐ nie
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	☐ tak ☐ nie
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	☐ tak ☐ nie

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Oświadczam, że:

- O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego ☐ tak - ☐ nie
- 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(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także:.....
- 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 (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto),
- 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, 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 w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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 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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)	☐	☐	
4.	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	☐	☐	
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 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.	Dwie oferty cenowe	☐	☐	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
12.		☐	☐	
13.		☐	☐	