aktywny samorząd

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Data wpływu:**
**Nr sprawy:**

# WNIOSEK „M-I”
# o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

## Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
## Obszar C – Zadanie nr 3
## pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

| INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY<br>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | ☐ we własnym imieniu<br>☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br>☐ jako pełnomocnik |
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ kobieta ☐ mężczyzna |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |

| ADRES ZAMIESZKANIA | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br>☐ miasto do 5 tys. mieszkańców<br>☐ wieś |

## ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Zawartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |

## DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.*

☐ Nie dotyczy

| Nazwa pola | Zawartość |
|---|---|
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ kobieta ☐ mężczyzna |

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Zawartość |
|---|---|
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ znaczny<br>☐ umiarkowany<br>☐ lekki<br>☐ nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** | |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |
| **Niezdolność do pracy:** | ☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br>☐ całkowita niezdolność do pracy<br>☐ częściowa niezdolność do pracy<br>☐ nie dotyczy |

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  ☐ osoba głucha
  ☐ osoba głuchoniema
☐ 04-O – narząd wzroku
  ☐ osoba niewidoma
  ☐ osoba głuchoniewidoma
☐ 05-R – narząd ruchu
  ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

| Nazwa pola | Zawartość |
|---|---|
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | ☐ tak ☐ nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | ☐ 2 przyczyny<br>☐ 3 przyczyny |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

☐ nie dotyczy
☐ nieaktywna/y zawodowo
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
  Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
☐ zatrudniony

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

| Forma zatrudnienia | Od dnia | Na czas nieokreślony | Do dnia |
|---|---|---|---|
| ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | | ☐ tak ☐ nie | |
| ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | | ☐ tak ☐ nie | |
| ☐ umowa cywilnoprawna | | ☐ tak ☐ nie | |
| ☐ staż zawodowy | | ☐ tak ☐ nie | |
| ☐ działalność gospodarcza | | ☐ tak ☐ nie | |
| ☐ działalność rolnicza | | ☐ tak ☐ nie | |
| ☐ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania | | ☐ tak ☐ nie | |

## OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

☐ Nie dotyczy
☐ Przedszkole
☐ Szkoła podstawowa
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa
☐ Technikum
☐ Liceum
☐ Szkoła policealna
☐ Kolegium
☐ Studia I stopnia
☐ Studia II stopnia
☐ Studia magisterskie (jednolite)
☐ Studia podyplomowe
☐ Studia doktoranckie
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
☐ Szkoła doktorska
☐ Uczelnia zagraniczna
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
☐ Każda inna, jaka:

## INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**
☐ tak ☐ nie

| Zadanie | Kwota dofinansowania |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** | |

**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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (…) w 2021 r.”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**
☐ tak ☐ nie

## UZASADNIENIE WNIOSKU

**Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.**

**W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):**

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):**
☐ tak ☐ nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

*Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*

*a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2020 r. poz. 764), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), a także,*

*b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).*

☐ tak ☐ nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

☐ firma handlowa
☐ media
☐ Realizator programu
☐ PFRON
☐ inne, jakie:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**
☐ indywidualne ☐ wspólne
**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

*Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2019 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020 r. - M.P. 2020, poz. 852), według wzoru: [(3.244 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (…), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

## PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

**Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:**
☐ nie dotyczy
☐ w zakresie ręki
☐ przedramienia
☐ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

**Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:**
☐ nie dotyczy
☐ w zakresie ręki
☐ przedramienia
☐ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

**Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:**
☐ nie dotyczy
☐ na poziomie podudzia
☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
☐ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

**Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:**
☐ nie dotyczy
☐ na poziomie podudzia
☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
☐ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

| Przedmiot pomocy | Cena brutto (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
|---|---|---|
| ☐ Zakup protezy | | |
| ☐ Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON | | |
| **Razem:** | | |

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

## INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

| Nazwa pola | Zawartość |
|---|---|
| **Przyczyna amputacji kończyny:** | ☐ uraz ☐ inna, jaka: |
| **Posiadam protezę:** | ☐ tak ☐ nie |
| Od roku: | |
| Rodzaj/opis techniczny: | |
| **Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:** | ☐ tak ☐ nie |
| Data: | |
| W ramach: | |
| Data: | |
| W ramach: | |

## DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

| Nazwa pola | Zawartość |
|---|---|
| **Numer rachunku bankowego:** | |
| **Nazwa banku:** | |

## ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

*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.*

| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|---|---|---|
| | | |

| *Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|---|---|
| | |