

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „O” - wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego
 o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania
do posiadanego samochodu MODUŁ I, Obszar A, Zadanie 1

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) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL)

Rodzaj dokumentu tożsamości :seria numer
 wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyty 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 lok.

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 - PFRON - prasa
 - Realizator programu - instytucje publiczne - inne, jakie:.....

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Pełnoletni: tak nie

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub

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- w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niewidoma

osoba głuchoniema

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

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

| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> żłobek | <input type="checkbox"/> przedszkole | <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa |
| <input type="checkbox"/> gimnazjum | <input type="checkbox"/> trzyletnia szkoła przysposabiająca do pracy | |
| <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa | <input type="checkbox"/> liceum | <input type="checkbox"/> technikum |
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna | <input type="checkbox"/> kolegium | <input type="checkbox"/> studia |
| <input type="checkbox"/> inna, jaka | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| NAZWA I ADRES PLACÓWKI | | |
| Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy | | |
| Miejscowość ulica Nr domu | | |
| Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: | | |
| Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):....., w skali: <input type="checkbox"/> - (od 1-6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej | | |
| Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): | | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca/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"/> |
|---|---|
| Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia | Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł) |
| | |
| Razem otrzymane dofinansowanie: | |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1

| 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 | |
| <input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | |
| <input type="checkbox"/> specjalne siedzenia | |
| <input type="checkbox"/> elektroniczna obciążalność 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 (razem z pkt 4 – w zł) | 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 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:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego 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 następującymi dokumentami, które dostępne są na www.pfron.org.pl oraz na www.pcpr.polkowice.pl, tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz warunki brzegowe(...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(...)”,

4. w okresie ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy) 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 byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy/ podopieczni Wnioskodawcy, którzy: posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec PCPR oraz po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r. 511 z późn. zm.) w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (miedzy innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
9. 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,

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.

| |
|---|
| <p>..... dnia /..... /20..... r.</p> <p style="margin-top: 20px;">podpis Wnioskodawcy</p> |
|---|

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 15-17) **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)**

| | Nazwa załącznika | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (załącznik nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 2 do 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"/> | |
| 3. | Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania (załącznik nr 4 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Oświadczenie pełnomocnika –w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik (załącznik nr 6 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia/skan orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „ Aktywny Samorząd”

| | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 8. | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka/podopiecznego do szkoły (bądź kserokopia legitymacji) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | Dokumenty potwierdzające własność lub współwłasność samochodu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | Kserokopia/skan prawa jazdy kat. B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. | Oferta cenowa na zakup i montaż wnioskowanego oprzyrządowania do posiadanego samochodu (szczegółowa specyfikacja) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. | Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych, w 2018r. lub 2019r tj. : - osobą zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, 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) - osobą, 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |