

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

<b>Moduł I</b>		<b>Moduł II</b>
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b> pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	<input type="checkbox"/> pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> <b>Obszar D</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do:..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>		<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)	
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)	
Miejscowość .....		Miejscowość .....	
Ulica .....		Ulica .....	
Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....		Nr domu ..... nr lokalu .....	
Województwo .....		Powiat .....	
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś		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		<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: <input type="checkbox"/> - instytucje publiczne <input type="checkbox"/> - prasa	

**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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , 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 za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - osoba głucha	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>08-T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b>				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia..... <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Nazwa pracodawcy: ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....		
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza NIP: .....		<input type="checkbox"/> działalność rolnicza Miejsce prowadzenia działalności: .....		
<b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>				
<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:			
<b>OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ</b>				
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)		
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> inna, jaka:		
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE		<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>		

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**2. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy****DANE PERSONALNE**

Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do: ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

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): .....

**3. 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

tak  nie



Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie   <input type="checkbox"/> - nie dotyczy   <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie   <input type="checkbox"/> - nie dotyczy   <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3) 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 od samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak   <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności   <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>5) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)   <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak   <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	dotatkowe 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:	
<b>RAZEM</b>		

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 5 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

**7. 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: .....
<b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</b> <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  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](http://www.pfron.org.pl) oraz na [www.pcpr.polkowice.pl](http://www.pcpr.polkowice.pl), tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań warunki brzegowe(...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(...)”,
- 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 **byłam(em)** 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, 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 2011r. Nr 127, poz. 721, 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,
  10. 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 niemogący 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.

.....

**Czytelny podpis Wnioskodawcy**

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 14- 17) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

	Nazwa załącznika	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 orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Dokumenty potwierdzające własność lub współwłasność samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Zaświadczenie o uczęszczaniu Wnioskodawcy do szkoły lub uczelni wyższej (bądź kserokopia legitymacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i> ) - 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"/>	
8	Kserokopia pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



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

	pełnomocnik			
9	Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania – załącznik nr 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Oświadczenie pełnomocnika –w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik – załącznik nr 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Kserokopia dowodu osobistego	<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	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	