

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 utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego
o napędzie elektrycznym
MODUŁ I, Obszar C, Zadanie 2

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.

Dowód osobisty seria numer ważny do: wydany w dniu.....r. przez.....

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt 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 -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub	<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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności- w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, 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
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - osoba głucha	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęcherzowego
		<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11- I inne
		<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM

<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: - (od 1-6) - innej, jakiej

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):
.....
.....

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu (PCPR w Polkowicach): tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć :

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie tak nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:						

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

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 potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywizacją zawodową i nauką podopiecznego Wnioskodawcy.

Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (w tym jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wskazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny Wnioskodawcy 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie poziom wykształcenia podopiecznego Wnioskodawcy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): </p>
<p>4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/ podopiecznego i mającą dziecko/ podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dotyczące niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <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>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)	KWOTA WNIOSKOWANA (w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:		
Zakup akumulatora		
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:		
Koszty naprawy/remontu		
Koszty przeglądu technicznego		
Koszty konserwacji/renowacji		
RAZEM		

5. Informacje uzupełniające

<p>Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak - w ramach (np. programu) wroku.</p>
<p>Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym : <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (model, rok produkcji):</p>
<p>Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, w dniu: roku.</p>
<p>Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, w dniu: r.</p>
<p>Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):</p>

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął: Nie Tak,
w dniu:r.

*- należy zaznaczyć właściwe

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)**

numer rachunku bankowego

nazwa banku

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.pcpwr.polkowice.pl, tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz 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 sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania **tak** - **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10%** ceny brutto),
- 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(em)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie **tak** - **nie**,
- 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,
- 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 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

6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 13- 15) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

	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.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez Realizatora programu i PFRON (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 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 orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia 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 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.	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowa specyfikacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Udokumentować, że minęła gwarancja na przedmiot wnioskowany podany we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	