



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar A – Zadanie 4

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

(Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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.)

Informacje dotyczące wnioskodawcy															
(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)															
Imię i nazwisko															
Data urodzenia															
Dowód osobisty		Seria:						Wydany przez:.....							
		Numer:.....						W dniu:..... ważny do:.....							
PESEL										płeć		kobieta		mężczyzna	
Gospodarstwo domowe:		<input type="checkbox"/> samodzielne		<input type="checkbox"/> wspólne		<input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną									
Stan cywilny: :		<input type="checkbox"/> wolny		<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna		Kontakt telefoniczny:									
Adres e-mail:															
Miejsce zameldowania															
Ulica						Nr domu				Nr lokalu					
Miejscowość						Kod pocztowy									
Województwo						Powiat									
Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)															
Ulica						Nr domu				Nr lokalu					
Miejscowość						Kod pocztowy									
Informacje dotyczące podopiecznego															
Imię i nazwisko															
Data urodzenia						pokrewieństwo									
PESEL										płeć		kobieta		mężczyzna	
Miejsce zamieszkania															
Ulica						Nr domu				Nr lokalu					
Miejscowość						Kod pocztowy									
Województwo						Powiat									

Dochód gospodarstwa domowego			
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił zł (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku)			zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi			osób
Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/>		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			<input type="checkbox"/>
Umowa cywilnoprawna			<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy			<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza			<input type="checkbox"/>
Inny, jaki:			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy			
Wykształcenie wnioskodawcy			
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie:			
Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach			<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach.....)			<input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)			
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż			
Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia PZON)			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krążenia	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09-M układ moczowo - płciowy	<input type="checkbox"/> 12-C zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja obu kończyn dolnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny górnej			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu wzroku			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu słuchu			<input type="checkbox"/>
Inne przyczyny			<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego			<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie			<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)			<input type="checkbox"/>

<p align="center">Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</p> <p align="center"><small>informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</small></p>				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania	Termin rozliczenia
Łącznie				
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:..... Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął				
Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca				
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100%		
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 15 % ceny brutto)	zł.	% ceny brutto		
Wnioskowane dofinansowanie	zł.			
Słownie	zł.			
Specyfikacja przedmiotu dofinansowania (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)			ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)	
<input type="checkbox"/>	Komunikatory/tablice			
<input type="checkbox"/>	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych			
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie, jakie:			
<input type="checkbox"/>	Aplikacje, jakie:			
<input type="checkbox"/>	Sygnalizator			
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie			
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne			
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:			
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:			
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:			
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:			
RAZEM				

Informacje uzupełniające

☐ Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny ☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

☐ użytkuje ☐ nie użytkuje samodzielnie samochód, którego jestem właścicielem

☐ Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

☐ 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

☐ Nie posiadam oprzyrządowania samochodu ☐ posiadam oprzyrządowanie samochodu: (jakie)

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

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 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 w wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

Cel szczegółowy programu:

przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych

1) Uzasadnienie wniosku

Uwaga: wskazanie związku między dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Czy wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?

☐ TAK - Rok otrzymania dofinansowania
☐ NIE

3) Szczególne trudnienia wnioskodawcy – należy udokumentować

.....

.....

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego);
- 2) 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;
- 3) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.myszkow.pcp.pl;
- 4) 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,
- 5) 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,
- 6) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ TAK - ☐ NIE,
- 7) posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania lub rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, z odroczonego terminem płatności maksymalnie do 30 dni od daty wystawienia oraz dostarczeniu dowodu uiszczenia udziału własnego Wnioskodawcy, bądź adnotacji na rachunku lub fakturze VAT, że Wnioskodawca wpłacił gotówką udział własny (o ile dotyczy).

WAŻNE

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Myszków, dn. / / 20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza 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"/>	
4.	Zaświadczenie dotyczące realizowanego przez Wnioskodawcę poziomu kształcenia, potwierdzające pobieranie nauki lub uczęszczanie do placówki (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika (sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności potwierdzające dysfunkcja narządu słuchu. Zaświadczenie winno być wypełnione w sposób czytelny, w języku polskim nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kopia prawa jazdy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu			
9.	Zaświadczenie dotyczące aktywności zawodowej Wnioskodawcy: 1. potwierdzające rejestrację adresata programu jako osoby bezrobotnej lub osoby poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu - z PUP; lub 2. potwierdzające zatrudnienie / staż; lub 3. potwierdzające prowadzenie działalności, lub 4. potwierdzające dodatkową aktywność zawodową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Aktualny imienny kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona przez sprzedawcę/usługodawcę;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
12.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy			
13.	Inne załączniki (należy wymienić):			

Myszków dn. / / 20..... r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu