



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 18/2019 Dyrektora PCPR w Myszkowie z dnia 01.08.2019r. w sprawie: wprowadzenia zmian w Zarządzeniu nr 2/2019 z dnia 27.02.2019 r. w sprawie zasad przyznawania dofinansowań ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu Aktywny samorząd w 2019 r.

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar C – zadanie 1

Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

(**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											pleć	kobieta	mężczyzna
Gospodarstwo domowe:			<input type="checkbox"/> samodzielne						<input type="checkbox"/> wspólne				
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											pleć	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 (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku)		 zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi		 osób
Aktywność zawodowa/zatrudnienie osoby			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 z 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 - pęciowy	<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"/>

3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek: kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

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

Cel szczegółowy programu:

Likwidacja barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym

1) Uzasadnienie wniosku

(Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!

w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego.

W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w latach poprzednich należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

dofinansowania)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2) Czy wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?	<input type="checkbox"/> TAK – Rok otrzymania dofinansowania <input type="checkbox"/> NIE
3) Szczególne utrudnienia wnioskodawcy – należy udokumentować	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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) w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: ☐ TAK - ☐ NIE,
- 4) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.myszkow.pcp.pl;
- 5) 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,
- 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) posiadam środki finansowe na udział własny – co najmniej 10% ceny brutto,
- 9) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, z odroczonym 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.

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, 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, dnia /..... /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 stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenie o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<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 wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy			
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.	Inne załączniki (należy wymienić):			

Myszków, dn. /..... /20..... r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu