

	PCPR-CZP.4211.1. 2019
data wpływu wniosku do PCPR	Wypełnia Realizator programu numer sprawy



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”

Wniosek powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".  
W przypadku, gdy we 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.  
Właściwie zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X w polu

### Moduł I - Obszar C – zadanie nr 3

pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

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

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko.....

PESEL  w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

##### DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*będziecego osobą niepełnosprawną – o ile dotyczy*

Imię..... Nazwisko.....

PESEL  w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA

– miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym są skoncentrowane plany życiowe. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania**

Kod pocztowy  -  ..... Miejscowość .....

(pocztą)

Ulica ..... Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....  miasto  wieś

##### MIEJSCE ZAMELDOWANIA

– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy  -  ..... Miejscowość .....

(pocztą)

Ulica ..... Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....  miasto  wieś

##### DANE KONTAKTOWE

tel. stacj. (z kier.)  tel. komórkowy

e'mail (o ile dotyczy): .....

<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b> – wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”			
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Miejscowość .....	
<small>(pocztę)</small>			
Ulica .....		Nr domu .....	Nr m. ....
Powiat .....		Województwo .....	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>			
<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 .....	<input type="checkbox"/> bezterminowo	
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krażenie	<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 całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b>			
<input type="checkbox"/> bezrobotny/a zarejestrowana/y w urzędzie pracy		<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy i niepozostająca/y w zatrudnieniu zarejestrowana/y w urzędzie pracy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y - od dnia: ..... do dnia: .....		Nazwa pracodawcy: .....	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Adres miejsca pracy: .....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		tel. kontakt. do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienie: .....	
<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"/> działalności gospodarcza		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr .....,	
Nr NIP .....		dokonanego w urzędzie: .....	
		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: .....	
<input type="checkbox"/> działalności rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności: .....	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<b>AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA</b>			
<input type="checkbox"/> studia I stopnia	<input type="checkbox"/> studia II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	
<b>Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosił:</b>			
..... <b>zł</b> (zgodnie z zał. nr 1 do wniosku)			





**Oświadczam, że:**

- nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego,
- 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 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcsr-sanok.pl](http://www.pcsr-sanok.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- 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,
- 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 **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązyanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanej pomocy, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

<p>....., dnia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r. ....</p> <p style="text-align: left; margin-left: 100px;"><i>Miejscowość</i></p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"><b>podpis Wnioskodawcy*</b></p>
---

\* 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.

**7. Załączniki wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dolącono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym 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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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"/>	
5.	Oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, 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"/>	
7.	Kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys protezy - 2 oferty z niezależnych protezowni (wg załączonego wzoru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	