

	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 5

pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

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):

ADRES DO KORESPONDENCJI – 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
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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	<input type="checkbox"/> bezterminowo	
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
<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
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA			
<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"/> działalności rolnicza		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		Miejsce prowadzenia działalności:	
AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA			
<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:	
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:			
..... zł (zgodnie z zał. nr 1 do wniosku)			

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> (licząc od dnia złożenia wniosku)?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie, w ramach którego udzielono pomoc	Wysokość dofinansowania
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:	
Kwota: .....zł (słownie:)	
Rodzaj zobowiązania:	
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął	

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, umieszczonego w tabeli nr 7 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.

Uzasadnienie składanego wniosku* (wykazanie w jaki sposób dofinansowanie zakupu przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji).	
.....	
Czy Wnioskodawca/podopieczny otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
Uzasadnienie potrzeby powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON w przypadku Wnioskodawcy ubiegającego się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel	<input type="checkbox"/> - nie dotyczy

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania proponowane do dofinansowania koszty zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym:	
Wybrany skuter jest: <input type="checkbox"/> trzykołowy <input type="checkbox"/> czterołowy <input type="checkbox"/> jednoosobowy <input type="checkbox"/> dwuosobowy	X
Dodatkowe wyposażenie skutera, jakie:	X
–	
–	
–	
Oprzysądowanie elektryczne (napęd) do wózka ręcznego, jakie:	X
–	
–	
–	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Wartość brutto (razem z pkt. 4)	..... zł.	100%
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 30% ceny brutto)	..... zł.	.....% ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie	..... zł.	.....% ceny brutto
Słownie:		

6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM/podopieczny nie posiada skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> POSIADAM/podopieczny posiada następujący skuter: MODEL rok nabycia
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM/podopieczny nie posiada wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym
<input type="checkbox"/> POSIADAM/podopieczny posiada następujący wózek: MODEL rok nabycia
Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera/wózka
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (proszę opisać): w roku w ramach
w roku w ramach

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	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcsr-sanok.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie skutera/oprzysiężowania wózka ręcznego, (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 35% ceny brutto**),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem 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 rozwiązanej 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.

..... , 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.	..... podpis Wnioskodawcy*
Miejscowość	

* 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)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia/scan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia 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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/scan 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.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	