

Wypełnia realizator
Nr sprawy:
Data wpływu:.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

Moduł I

Obszar A Zadanie 1

pomoc w zakupie oprzyrządowania do posiadanego samochodu

1. Informacje ogólne

WNIOSEK DOTYCZY: (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> osoby dorosłej	<input type="checkbox"/> dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne <input type="checkbox"/>	wspólne <input type="checkbox"/>	
DANE WNIOSKODAWCY/RODZICA/PRZEDSTAWICIELA		
Imię i nazwisko .....	.....	Data urodzenia
Dowód osobisty* (* uzupełnić tylko w przypadku kiedy nie nadano numeru PESEL)	Seria, numer	Wydany w dniu
	Wydany przez	Ważny do dnia
PESEL		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejsce gdzie wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Powiat	Miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/>	
	Inne miasto <input type="checkbox"/>	
Województwo	Wieś <input type="checkbox"/>	
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Powiat	Miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/>	
	Inne miasto <input type="checkbox"/>	
Województwo	Wieś <input type="checkbox"/>	
ADRES DO KORESPONDENCJI Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	.....
DANE KONTAKTOWE: NR TELEFONU..... ADRES E-MAIL		

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko	.....	Data urodzenia	.....
Dowód osobisty* (* uzupełnić tylko w przypadku kiedy nie nadano numeru PESEL)	Seria, numer	Wydany w dniu	.....
	Wydany przez.....	Ważny do dnia	.....
PESEL		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Czy dziecko/podopieczny zamieszkuje razem z Wnioskodawcą	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
(należy uzupełnić w przypadku gdy dane różnią się od danych dotyczących Wnioskodawcy)			
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)			
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
		Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA			
PCPR w Tucholi	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>
		PFRON	<input type="checkbox"/>
		Inne, jakie.....	

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

(wnioskodawcy **lub** dziecka/podopiecznego)

<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
<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
 obu kończyn górnych
 jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych
 jednej kończyny dolnej
 innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-O

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"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06- E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego)

- niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od roku poprzedzającego złożenie wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia	Kwota przyznana (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:	

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"/>
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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Odpowiedź
1) Uzasadnienie wniosku (w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2) Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny	
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/> ręczny gaz - hamulec	
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)*

*Kwota wnioskowana nie może przekroczyć 85% orientacyjnej kwoty brutto

6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji , nr rejestracyjny
<input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).
<input type="checkbox"/> 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
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach
a także w roku w ramach

7. Informacje dot. rachunku bankowego

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
numer rachunku bankowego
nazwa banku

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	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"/>	
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.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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"/>	
5.	Zaświadczenie lekarskie – lekarz specjalista (należy dostarczyć w przypadku gdy orzeczenie o niepełnosprawności nie zawiera kodu 05-R)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktualnej umowy dotyczącej samochodu (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia) – należy dołączyć w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych (niemontowanych na stałe w samochodzie) i nie jest właścicielem/współwłaścicielem samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam, że:

- Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpptuchola.pl
- W okresie ostatnich 3 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy, nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel: tak - nie,
- Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedmiocie dofinansowania (**co najmniej**

15% ceny brutto zakupu/usługi),

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. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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 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.

..... dnia /..... /20... r.

.....
podpis Wnioskodawcy