

DANE 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"/> <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 |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo | | |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | | | |
| Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | | | |
| Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O | | | | |
| <input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>): | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego | <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) | | | | |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | | | |
| <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 <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 | | | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: | |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: | | |
| Nr NIP: | | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... | | |
| <input type="checkbox"/> 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) 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, jakże: | |
| 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 (dotyczy opiekuna)

| |
|--|
| <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 dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o niepełnosprawności nie zawiera kodu 03-L i do wniosku nie dołączono innych dokumentów potwierdzających dysfunkcję narządu słuchu wnioskodawcy/podopiecznego) | <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"/> | |

Oświadczam, że:

1. 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).
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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpirtuchola.pl
4. 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,
5. 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