

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



Program finansowany ze środków PFRON

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 C Zadanie 2

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

1. Informacje ogólne

WNIOSEK DOTYCZY:		☐ osoby dorosłej		☐ dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej	
(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)					
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne ☐				wspólne ☐	
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.....		Waży do dnia	
PESEL					
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejsce gdzie wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)					
Ulica		.....		Nr domu Nr lokalu	
Miejscowość		.....		Kod pocztowy -	
Powiat		.....		Miasto do 5 tys. mieszkańców ☐	
				Inne miasto ☐	
Województwo		.....		Wieś ☐	
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)					
Ulica		.....		Nr domu Nr lokalu	
Miejscowość		.....		Kod pocztowy -	
Powiat		.....		Miasto do 5 tys. mieszkańców ☐	
				Inne miasto ☐	
Województwo		.....		Wieś ☐	
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			
Czy dziecko/podopieczny zamieszkuje razem z Wnioskodawcą	TAK ☐ NIE ☐		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (należy uzupełnić w przypadku gdy dane różnią się od danych dotyczących Wnioskodawcy)			
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	-
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	☐
Województwo	.....	Inne miasto	☐
		Wieś	☐
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)			
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	-
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	☐
		Inne miasto	☐
		Wieś	☐
ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA			
PCPR w Tucholi	☐	Media	☐
		PFRON	☐
		Inne, jakie.....	

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK (wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego)		
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka
		☐ osoba niepełnosprawna z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 r.ż.
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ 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*):

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| ☐ 01-U upośledzenie umysłowe | ☐ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
☐ - OSOBA GŁUCHA | ☐ 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | ☐ 09-M choroby układu moczowo - płciowego | ☐ 11-I inne |
| ☐ 02-P choroby psychiczne | ☐ 06-E epilepsja | ☐ 08-T choroby układu pokarmowego | ☐ 10-N choroby neurologiczne | ☐ 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

☐ podstawowe
 ☐ gimnazjalne
 ☐ zawodowe

☐ średnie ogólne
 ☐ średnie zawodowe
 ☐ policealne

☐ wyższe
 ☐ inne, jakie:

☐ 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 ☐	nie ☐
Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia		Kwota przyznana (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:			
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:		tak ☐	nie ☐
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:		tak ☐	nie ☐
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął			

3. INFORMACJE NIEZBEDNE 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, umieszczając 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 powtórniego/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)	

2) Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐ Tak ☐ Nie	Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)
--	---	--

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej skutera lub wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera/ wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?	
☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) W .....r.	
Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje skuter/wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym	
☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji):	
Okres gwarancji na zakupiony lub naprawiony skuter/wózek upłynął: ☐ NIE ☐ TAK	
Okres gwarancji na części eksploatacyjne/wyposażenie skutera/wózka minął ☐ NIE ☐ TAK	

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

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
	Nazwa załącznika	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)	☐	☐	
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)	☐	☐	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
5.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
6.		☐	☐	
7.		☐	☐	

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.pcpptuchola.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. 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,
6. 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
-----------------------------------	-------------------------------------