

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON  
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
(wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)**

**Moduł I Obszar A Zadanie 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania  
do posiadanego samochodu**

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.

**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY I DZIECKU/PODOPIECZNYM (prawnie) – należy wypełnić wszystkie pola**

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez..... ważny do dnia .....r.	
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"/>	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały*</b> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. .... nr telefonu ..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (o ile dotyczy): .....
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:

\* w przypadku, gdy adres zameldowania jest inny niż miejsce zamieszkania należy dostarczyć dokument potwierdzający, iż miejsce zamieszkania jest miejscowością, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy   -     (pocztą) .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

Kontakt telefoniczny:.....

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI 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☐ orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:☐ obu kończyn górnych☐ jednej kończyny górnej☐ obu kończyn dolnych☐ jednej kończyny dolnej☐ innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**☐ osoba niewidoma☐ osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ **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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>NAZWA I ADRES PLACÓWKI</b>		
Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		
Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali: <input type="checkbox"/> - (od 1 do 6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej:.....		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....		
.....		
.....		
.....		
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO</b>		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: .....	<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP: od dnia: ..... (miesiąc, rok)	
<input type="checkbox"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako 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: .....	

**2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

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: .....		
.....		
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

[illegible]

5) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<p><b>Uzasadnienie wniosku</b> wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu i informacja czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

#### 4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) - zgodnie z zaświadczeniem lekarza specjalisty		CENA brutto (kwota w zł) – zgodnie z ofertą cenową
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<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"/>	dodatkowe wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu, jakie: .....	
<input type="checkbox"/>	dodatkowe wyposażenie samochodu, które umożliwia przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego, jakie: .....	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<b>RAZEM</b>		

#### 5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) – zgodnie z ofertą cenową	Kwota wnioskowana (w zł)	Kwota udziału własnego (w zł) - co najmniej 15% ceny brutto

STRONA 6

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 .....
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: .....
<b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ W CIĄGU 3 LAT POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

**Oświadczam, że:**

1. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy 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 przyjąłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego niezbędnego przy realizacji zadania w wysokości **co najmniej** 15% ceny brutto) nie pochodzące ze środków PFRON i/lub NFZ,
5. 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,
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. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem/am** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak ☐ nie
8. zobowiązuje się bezzwłocznie zgłosić informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
9. po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, nie naruszyłem/am warunków umowy (m. in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy).

..... dnia ..... r.	..... <i>podpis Wnioskodawcy</i>
---------------------	-------------------------------------

## 7. ZAŁĄCZNIKI:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarza specjalisty, w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu oraz potwierdzające konieczność oprzyrządowania samochodu, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oferta cenowa na zakup/montaż oprzyrządowania do samochodu, którego dotyczy wniosek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie potwierdzające, iż podany adres zamieszkania jest miejscowością z zamiarem stałego pobytu (w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż miejsce zamieszkania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, reprezentowanej przez opiekuna prawnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokumenty dotyczące pojazdu, w którym planuje się zamontowanie oprzyrządowania (np. kserokopia dowodu rejestracyjnego, umowa użyczenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia prawa jazdy kat. B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dokumenty potwierdzające uczęszczanie do szkoły (zaświadczenie ze szkoły, w tym informacja o średniej ocen lub udziale w konkursach, olimpiadach szkolnych, wyróżnieniach, wolontariacie z okresu 3 lat od daty złożenia wniosku) lub potwierdzające aktywność zawodową (np. potwierdzenie zarejestrowania w PUP lub zatrudnienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Ewentualnie - dokumenty potwierdzające podnoszenie kwalifikacji zawodowych z okresu 3 lat od daty złożenia wniosku (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych, współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Ewentualnie – dokumenty świadczące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Ewentualnie – dokumenty potwierdzające szczególne utrudnienia (dot. pkt 3 ppkt 4 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				