



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY
SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar A – Zadanie 1
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**

(Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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.)

Informacje dotyczące wnioskodawcy

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko																	
Data urodzenia																	
Dowód osobisty	Seria:						Wydany przez:										
	Numer:						W dniu: ważny do:										
PESEL														pleć	kobieta		mężczyzna
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne			<input type="checkbox"/> wspólne			<input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną										
Stan cywilny: :	<input type="checkbox"/> wolny			<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna			Kontakt telefoniczny:										
Adres email:																	

Miejsce zameldowania

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			
Województwo	Powiat			

Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			

Informacje dotyczące podopiecznego

Imię i nazwisko																	
Data urodzenia							pokrewieństwo										
PESEL														pleć	kobieta		mężczyzna
Miejsce zamieszkania																	
Ulica	Nr domu		Nr lokalu														
Miejscowość	Kod pocztowy																
Województwo	Powiat																

Dochód gospodarstwa domowego

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił zł (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Osoba zatrudniona **Nie dotyczy**

Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	<input type="checkbox"/>
Umowa cywilnoprawna	<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy	<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>
Inny, jaki:.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy	

Wykształcenie wnioskodawcy
 podstawowe zawodowe średnie policealne wyższe inne jakie:
Rejestracja w Urzędzie Pracy**Nie dotyczy**

Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)	<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)	<input type="checkbox"/>

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż		

Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON lub PZON)

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S ukł. oddechowy/krażenia	<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 ukł. moczowo - płciowy	<input type="checkbox"/> 12-C zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja obu kończyn dolnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny górnej			<input type="checkbox"/>

Dysfunkcja jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/>			
Dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>			
Dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>			
Inne przyczyny	<input type="checkbox"/>			
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>			
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie	<input type="checkbox"/>			
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)	<input type="checkbox"/>			
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <small>informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</small>				
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania	Termin rozliczenia
Łącznie				
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:				
.....				
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął				
Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca				
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100%		
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 15 % ceny brutto)	zł.	% ceny brutto		
Wnioskowane dofinansowanie	zł.			
Słownie	zł.			
Specyfikacja przedmiotu dofinansowania (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 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"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

użytkuje nie użytkuje samodzielnie samochód, którego jestem właścicielem

Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

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

Nie posiadam oprzyrządowania samochodu posiadam oprzyrządowanie samochodu: (jakie)

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

NIE TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

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 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

Cel szczegółowy programu:

przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych

1) Uzasadnienie wniosku
Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!

niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Katowice, dn. / / 20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (<i>należy zaznaczyć właściwe</i>)			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub orzeczenie o niepełnosprawności (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 (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>) - 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.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (np. kiedy w orzeczeniu ujęto symbol orzeczenia 12-C lub 10-N). Zaświadczenie winno być wypełnione w sposób czytelny, w języku polskim nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kopia prawa jazdy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):				
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Katowice, dn. / / 20..... r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu