



WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I

(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.)

Proszę o dofinansowanie*/sfinansowanie		
A-1	Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/>
A-2	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	<input type="checkbox"/>
B-1	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/>
B-2	Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach B-1 sprzętu i oprogramowania	<input type="checkbox"/>
C-2	Utrzymanie sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/>
C-3	Zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/>
C-4	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny	<input type="checkbox"/>
D	zapewnienie opieki dla osoby zależnej	<input type="checkbox"/>

Informacje dotyczące wnioskodawcy (dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika)										
Imię i nazwisko										
Data urodzenia										
Dowód osobisty		Seria:		Numer:		Wydany przez:..... W dniu:.....ważny do:.....				
PESEL								pleć	kobieta	mężczyzna
Gospodarstwo domowe:			<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna)				<input type="checkbox"/> wspólne			

Miejsce zameldowania			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	
województwo		Powiat	
Kontakt telefoniczny:		Tel. Komórkowy:	
Adres e'mail			

Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	
województwo		Powiat	
Kontakt telefoniczny:		Tel. Komórkowy:	
Adres e'mail			

Informacje dotyczące podopiecznego																	
Imię i nazwisko																	
Data urodzenia																	
PESEL													pleć	kobieta		mężczyzna	
Miejsce zamieszkania																	
Ulica										Nr domu			Nr lokalu				
Miejscowość										Kod pocztowy							
województwo										Powiat							

Wysokość dofinansowania o które ubiega się wnioskodawca		
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100 %
wysokość wkładu własnego	zł.	% ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie		zł.
słownie		zł.

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY	
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku*	
numer rachunku bankowego:	
<p style="text-align: center;">- - - - - -</p> <p>-----</p>	
nazwa banku	

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik		
<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	<input type="checkbox"/>	

Rodzaj niepełnosprawności	
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	<input type="checkbox"/>

Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	
wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	zł
liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Aktywność zawodowa- zatrudnienie	
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> od dnia..... <input type="checkbox"/> do dnia..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:.....	
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy	
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	<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>

Aktualnie realizowany przez wnioskodawcę poziom edukacji		
<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"/> inna, jaka:
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat			
nazwa udzielonego wsparcia	wysokość dofinansowania	numer i data zawarcia umowy	termin jej 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		

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

Uzasadnienie wniosku
<p>Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!</p>

Oświadczam, że:

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z WCPR oraz, że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) 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,
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 6) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł I” oraz przyjąłem/łam do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd”, i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: www.wcpr.pl i www.pfron.org.pl.
- 7) zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj: WCPR-SCON o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej.
- 8) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.
- 9) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego.

Data.....

podpis wnioskodawcy.....

Pouczenie:

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.