

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 dla osób z dysfunkcją narządu ruchu

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 urodzeniar.
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny do Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
PESEL
Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

Kontakt telefoniczny: nr telefonu..... nr tel. komórkowego:.....
e-mail (o ile dotyczy):

miejsce zamieszkania pobyt stały (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Kod pocztowy - ulica
miejscowość

Nr domu nr lok. województwo

miejsce zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - ulica
miejscowość

Nr domu nr lok. województwo

INFORMACJE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO

☐ nie dotyczy

Imię i nazwisko..... data urodzeniar.
Dowód osobisty seria numer wydany w dniur.
przez..... ważny do Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
PESEL
Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Miejsce zamieszkania:

Kod pocztowy - ulica
(miejscowość)

Nr domu nr lok. województwo

stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)		
☐ 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo		
rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON lub PZON)		
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
☐ 04- O narząd wzroku	☐ 05- R narząd ruchu	☐ 06- E epilepsja
☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego
☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 11- I inne	☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych		☐
Dysfunkcja obu kończyn dolnych		☐
Dysfunkcja jednej kończyny górnej		☐
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej		☐
Dysfunkcja narządu wzroku		☐
Dysfunkcja narządu słuchu		☐
Inne przyczyny		☐
Wnioskodawca jest osobą głuchą		☐
Wnioskodawca posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy		☐
Wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego		☐
Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie		☐
Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)		☐

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 (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Aktywność zawodowa/zatrudnienie osoby ubiegającej się o pomoc		Nie dotyczy ☐
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	☐	
Umowa cywilnoprawna	☐	
Staż zawodowy	☐	

Działalność gospodarcza	☐
Inny, jaki:.....	☐
☐ na czas określony od dnia..... do dnia.....	☐ na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy	

Rejestracja w Urzędzie Pracy	Nie dotyczy ☐
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)	☐
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)	☐

wykształcenie wnioskodawcy
☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ policealne ☐ wyższe ☐ inne jakie:

aktualnie realizowany etap kształcenia		
☐ zasadnicza szkoła zawodowa	☐ liceum	☐ technikum
☐ szkoła policealna	☐ kolegium	☐ studia doktoranckie
☐ studia (1 i 2 stopnia)	☐ studia podyplomowe	☐ inne jakie
☐ Staż zawodowy w ramach programów UE		☐ nie dotyczy

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Czy Wnioskodawca (podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez PCPR lub OPS)			TAK ☐ NIE ☐
Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
Łącznie			

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak ☐ nie ☐

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 dofinansowana	zł.	
Wysokość wkładu własnego (min 15% ceny brutto)	zł	% ceny brutto
Kwota wnioskowana (nie więcej niż 85% ceny brutto)	zł.	

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
☐	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
☐	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
☐	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
☐	specjalne siedzenia	
☐	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
☐	ręczny gaz – hamulec	
☐	przedłużenie pedałów	
☐	sterowanie elektroniczne	
☐	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
☐	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
☐	system wspomagania parkowania	
☐	inne, jakie:	
RAZEM		

Informacje uzupełniające

☐ JESTEM WŁAŚCICIELEM LUB WSPÓŁWŁAŚCICIELEM SAMOCHODU MARKI: rok produkcji, nr rejestracyjny	☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
Użytkuję samodzielnie samochód którego jestem właścicielem	TAK ☐ NIE ☐
użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.): marka: rok produkcji, nr rejestracyjny	TAK ☐ NIE ☐
☐ 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	

posiadam oprzyrządowanie samochodu	TAK ☐	NIE ☐
Jeżeli tak wpisać jakie		
czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu	TAK ☐	NIE ☐
Jeżeli tak to rok otrzymania dofinansowania 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.

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 wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu* <i>(w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)</i> UWAGA Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.	
2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne <i>(posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</i>	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie

UWAGA

W miarę możliwości wykazania, każdą podaną we wniosku 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.

W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Oświadczam, że:

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.goin.gliwice.pl .	TAK ☐		NIE ☐
W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu.	TAK ☐		NIE ☐
Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15% ceny brutto).	TAK ☐		NIE ☐
W ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	TAK ☐		NIE ☐

1. 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.
2. Nie ubiegam się i nie będę ubiegać się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
3. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne zmiany, 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.
4. 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.
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje wyłącznie na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT z wyjątkiem transakcji dokonywanych na odległość (zakupy w sieci/sprzedaż internetowa)

Gliwice dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

WAŻNE

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy 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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, ze 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.

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE					
Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU			
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Nie dotyczy	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 przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>				
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu				
4	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i> – o ile dotyczy				
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej				
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny				
7	Kserokopia dowodu rejestracyjnego				
8	Oferta cenowa				
DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI (NALEŻY WYMIENIĆ):					
1.	Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie				
2.	Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych				
3.					