

Data wpływu:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD
MODUŁ I – Obszar C zadanie 2

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

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, Pełnomocnika)												
Imię i nazwisko										Data urodzenia		
Dowód osobisty		Seria:				Wydany przez:						
		Numer:				W dniu: ważny do:						
PESEL										pleć	kobieta	mężczyzna
Gospodarstwo domowe:		☐ samodzielne		☐ wspólne		☐ osoba samotnie wychowująca osobę zależną						
Stan cywilny		☐ wolny		Kontakt telefoniczny:				Adres email:				
		☐ żonaty/zamężna										
miejsce zamieszkania - pobyt stały (miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)												
Ulica						Nr domu				Nr lokalu		
Miejscowość						Kod pocztowy						
Województwo						Powiat						
miejsce zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny od zamieszkania)												
Ulica						Nr domu				Nr lokalu		
Miejscowość						Kod pocztowy						
INFORMACJE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO										☐ nie dotyczy		
Imię i nazwisko												
Data urodzenia						pokrewieństwo						
PESEL										pleć	kobieta	mężczyzna
Dowód osobisty		Seria:				Wydany przez:						
		Numer:				W dniu: ważny do:						
Miejsce zamieszkania												
Ulica						Nr domu				Nr lokalu		
Miejscowość						Kod pocztowy						
Województwo						Powiat						

stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)		
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny	☐ I grupa
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany	☐ II grupa
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki	☐ III grupa
☐ orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż		
rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON lub PZON)		
☐ 01-U upośledzenie umysłowe	☐ 04-O narząd wzroku	☐ 07-S ukł. oddechowy/krążenia
☐ 02-P choroby psychiczne	☐ 05-R narząd ruchu	☐ 08-T układ pokarmowy
☐ 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy	☐ 06-E epilepsja	☐ 09-M ukł. moczowo - płciowy
		☐ 10-N choroby neurologiczne
		☐ 11-I inne
		☐ 12-C 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 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 1 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	☐
Umowa cywilnoprawna	☐
Staż zawodowy	☐
Działalność gospodarcza	☐
Inny, jaki:	☐
☐ na czas określony od dnia..... do dnia.....	☐ na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy	

WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA, O KTÓRE UBIEGA SIĘ WNIOSKODAWCA		
Orientacyjna cena brutto (razem w zł zgodnie ze specyfikacją)	zł.	100 %
Wnioskowane dofinansowanie		zł.
Słownie	zł.	

zł.

zł.

zł.

zł.

SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA		
rodzaj		Orientacyjna cena brutto (w zł)
☐	Zakup części zamiennych, jakich:	
☐	Zakup akumulatora	
☐	Zakup wyposażenia dodatkowego, jakiego:	
☐	Koszty naprawy/remontu	
☐	Koszty przeglądu technicznego	
☐	Koszty konserwacji/renowacji	
☐	Inne, jakie:	
RAZEM		

Orientacyjna cena brutto (w zł)

9

1

☐☐

9

1

☐**RAZEM**

Nazwa właściciela rachunku

NR: - - - - -

Nazwa banku

Informacje uzupełniające	
--------------------------	--

Wnioskodawca/podopieczny użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym	☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji)
Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął	☐ NIE ☐ TAK – w dniu
Posiadany wózek był naprawiany w roku Gwarancja na naprawę minęła	☐ NIE ☐ TAK – w dniu
Czy Wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	☐ NIE ☐ TAK – wr w ramach np. programu
Czy w odniesieniu do przedmiotów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął	☐ NIE ☐ TAK – w dniu
Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje skuter.	☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji)
Okres gwarancyjny w związku z zakupem skutera upłynął	☐ NIE ☐ TAK – w dniu
Posiadany skuter był naprawiany w roku Gwarancja na naprawę minęła	☐ NIE ☐ TAK – w dniu

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem inwalidzkim lub skuterem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

*niepotrzebne skreślić

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
(w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)

UWAGA

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) Czy wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?

☐ TAK – Rok otrzymania dofinansowania

☐ NIE

- 3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne? (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)

☐ TAK (1osoba) ☐ TAK (więcej niż 1 osoba) ☐ NIE

UWAGA

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.

OŚWIADCZAM, ŻE:

zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.goin.gliwice.pl ,	☐ TAK	☐ NIE,
w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:	☐ TAK	☐ NIE,

- 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,
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe 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 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, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Gliwice, dn./...../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 r., 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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności (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.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐		
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	☐	
6.	Oferta cenowa/faktura	☐	☐	☐	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):				
8.	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 (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	☐	☐	☐	
9.	Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie	☐	☐	☐	
10.	Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	☐	☐	☐	
11.					