

Data wpływu:

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD  
MODUŁ I – Obszar C zadanie 3

**pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

**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 <i>(dane wnioskodawcy, Pełnomocnika)</i>													
Imię i nazwisko								Data urodzenia					
Dowód osobisty				Seria: .....				Wydany przez: .....					
				Numer: .....				W dniu: ..... ważny do: .....					
PESEL								płeć		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			Kontakt telefoniczny:				Adres email:				
		<input type="checkbox"/> 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										<input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Imię i nazwisko													
Data urodzenia				pokrewieństwo									
PESEL								płeć		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)		
<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/krążenia
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy
<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"/> 10-N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11-I inne
		<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"/>
Wnioskodawca jest osobą głuchą		<input type="checkbox"/>
wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego		<input type="checkbox"/>
wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie		<input type="checkbox"/>
wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)		<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/> osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> 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		

<b>rejestracja w Urzędzie Pracy</b>	<b>nie dotyczy</b> <input type="checkbox"/>
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"/>

<b>wykształcenie wnioskodawcy</b>
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie: .....

<b>aktualnie realizowany etap kształcenia</b>		
<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 doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> inne jakie
<input type="checkbox"/> Staż zawodowy w ramach programów UE	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

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





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, przelanie środków finansowych może nastąpić wyłącznie na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu, 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 <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<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 1 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 2 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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Kserokopia dokumentu stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu – w przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dwie oferty niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteźowni) specyfikacja i kosztorys protezy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):				
10.	Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	