

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Numer wniosku.....

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK 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

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

MODUŁ I	
OBSZAR A	
☐ – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją ruchu	☐ – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją ruchu
☐ – Zadanie nr 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego	☐ – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją słuchu
OBSZAR B	
☐ – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu rąk	☐ – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
☐ – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku w stopniu umiarkowanym	☐ – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu z trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
☐ – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	
OBSZAR C	
☐ – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub skutera	☐ – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
☐ – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	☐ – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
☐ Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

Część A**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY****DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Wnioskodawca składa wniosek:	☐ w swoim imieniu ☐ jako rodzic dziecka ☐ jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
W przypadku braku PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Stan cywilny:	☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe:	☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY

Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

☐ Taki sam jak adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
☐ Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
W przypadku braku PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Pełnoletni:	☐ tak ☐ nie
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ nie dotyczy
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	☐ okresowo – do dnia: ☐ bezterminowo
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
☐ 05-R – narząd ruchu ☐ osoba z dysfunkcją czterech kończyn lub brakiem obu kończyn górnych ☐ osoba poruszająca się na skuterze/wózku inwalidzkim ☐ osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki ☐ osoba z dysfunkcją obu rąk i jednej nogi ☐ osoba ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych	
☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niedowidząca ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 ☐ osoba głucha, ☐ osoba niedosłyszająca
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

☐ nie dotyczy ☐ nieaktywna/y zawodowo ☐ bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)		☐ poszukująca/y pracy ☐ działalność gospodarcza ☐ działalność rolnicza ☐ zatrudniony
Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)	Zatrudniony od dnia:	
	Okres zatrudnienia:	☐ na czas określony, do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:
	Forma zatrudnienia:	☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy
	Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
	Telefon kontaktowy do pracodawcy:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI					
☐ nie dotyczy ☐ przedszkole ☐ szkoła podstawowa ☐ gimnazjum ☐ zasadnicza szkoła zawodowa ☐ liceum ☐ technikum			☐ szkoła policealna ☐ kolegium ☐ studia doktoranckie ☐ studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) ☐ studia podyplomowe ☐ inna, jaka:		
NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA					
Nazwa placówki:					
Ulica:					
Nr domu:					
Nr lokalu:					
Miejscowość:					
Kod pocztowy:					
Pocшта:					
Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:					
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):					
2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON					
Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?				☐ tak ☐ nie	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:					
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

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

Uwaga! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.	☐ tak – 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ tak – 3 przyczyny niepełnosprawności ☐ nie
2. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	☐ tak ☐ nie
3. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	☐ tak – 1 osoba ☐ tak – więcej niż 1 osoba ☐ nie
4. Czy Wnioskodawca lub podopieczny jest aktywny zawodowo i jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	☐ nie ☐ nie dotyczy ☐ tak (proszę opisać)
5. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	☐ tak (proszę opisać) ☐ nie
6. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ tak ☐ nie
7. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)	

Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU nr.....

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)		
		Tak	Nie	Uwagi
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	☐	☐	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐	☐	
3.	Zgłoszony we wniosku przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐	☐	
4.	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	☐	☐	
5.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐	☐	
6.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐	☐	
7.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐	☐	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ pozytywna ☐ negatywna		
Data weryfikacji formalnej wniosku:				
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ tak ☐ nie		
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:.....		☐ tak ☐ nie		

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej:

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

Oświadczam, że:

1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am zatrudniony/a, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ☐ ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- ☐ spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- ☐ niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- ☐ zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracownika/ów obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA MERYTORYCZNA WNIOSKU nr.....

KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała

Liczba
punktów

Maksymalna
liczba
punktów

Punktacja

1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności Wnioskodawcy lub podopiecznego:			
a)	stopień niepełnosprawności (osoba dorosła) (jeden stopień do wyboru)	znaczny lub równoważne, osoby do 16 roku życia	12	28
		umiarkowany lub równoważne	6	
b)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub osoba niewidoma lub osoba głucha	4		
	osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych, osoby niedowidzące, osoby niedosłyszące	3		
c)	osoba poruszająca się na skuterze/ wózku inwalidzkim lub osoby głuchonieme lub osoby głuchoniewidome	10		
d)	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	2		
2. Aktywność zawodowa Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	40	40	
b)	Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	5		
3. Aktualnie realizowany etap kształcenia Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca studia	7	7	
b)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub ponadpodstawowej	5		
c)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum	5		
4. Inne kryteria dotyczące Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	3	15	
b)	Wnioskodawca nie uzyskał żadnej pomocy ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania w ciągu ostatnich 3 lat	3		
c)	Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje	2		
d)	Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu	2		
e)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby		1
		- w przypadku więcej niż jedna osoba		2
f)	uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz – jeśli dotyczy- uzasadnienie wyboru danego sprzętu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu	2		
g)	uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	2		
h)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego	1		
5.	Osoba poszkodowana w roku 2018 lub w 2019 w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10	10	
Razem ocena wniosku:		Maksymalnie 100		

Dotyczy wniosku nr.....

Pieczętka imienna, data, podpis pracownika/ów dokonującego oceny merytorycznej wniosku:	Liczba uzyskanych punktów ogółem:	Proponowana kwota dofinansowania (ustalona na podstawie dotychczas przedłożonych dokumentów):

Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):

OPINIA EKSPERTA	
☐ pozytywna ☐ negatywna	Data i czytelny podpis eksperta:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	
<u>Deklaracja bezstronności</u>	
<u>Oświadczam, że:</u> 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.	
<u>Zobowiązuję się do:</u> - ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.	
☐ pozytywna ☐ negatywna	
PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):	
Obszar..... – Zadanie nr..... :	
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:	
..... Data	 Podpis osoby podejmującej decyzję

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1 i 4

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	
☐	komunikatory/tablice	
☐	tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
☐	oprogramowanie, jakie:	
☐	aplikacje, jakie:	
☐	sygnałizator	
☐	dodatkowe oświetlenie	
☐	wskaźniki optyczne	
☐	inne, jakie:	
RAZEM		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

6. Informacje uzupełniające

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

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

Proszę uzasadnić potrzebę powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON:

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ tak - ☐ nie,
2. 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,
3. 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.pcpr.slupsk.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15% ceny brutto**),
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	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) <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
6.	W przypadku gdy w orzeczeniu o niepełnosprawności brak symbolu 05-R – zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku) – sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a do formularza wniosku) – dotyczy zadania 1	☐	☐	
7.	W przypadku gdy w orzeczeniu o niepełnosprawności brak symbolu 03-L – zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku) – sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3b do formularza wniosku) – dotyczy zadania 4			
8.	Oferta cenowa lub faktura proforma	☐	☐	
9.	Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
10.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
11.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Czy pacjent **posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności?**

☐ TAK ☐ NIE

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....
.....
.....

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ *nie dotyczy*

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

....., dnia.....

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca, a także koszt usług tłumacza języka migowego.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:

☐ B ☐ B1	☐ B+E	☐ C	☐ C+E	☐ C1
☐ C1+E	☐ D	☐ D+E	☐ D1	☐ D1+E
☐ T	☐ inna kategoria, jaka:			

Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: ☐ NIE ☐ TAK

Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy): ☐ NIE ☐ TAK

Planowany termin kursu:, nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: ☐ NIE ☐ TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu:

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
Koszt usług tłumacza migowego		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem		

6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA
PRAWA JAZDY: ☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach

Proszę uzasadnić potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

[illegible]

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ tak - ☐ nie,
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywni 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.pcpr.slupsk.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na dofinansowanie uzyskania prawa jazdy: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zadaniu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 25% ceny brutto**),
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy niezbędne jest mi wsparcie w formie usługi tłumacza migowego: ☐ tak - ☐ nie
9. 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,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	W przypadku gdy w orzeczeniu o niepełnosprawności brak symbolu 05-R – zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku) – sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)- dotyczy zadania 3	☐	☐	
5.	Oferta określająca koszt kursu i egzaminów oraz koszty dodatkowe	☐	☐	
6.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia/skan zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
7.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)			
8.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.			
9.	Inne załączniki			

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Czy pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności?

☐ TAK ☐ NIE

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....
.....
.....

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1, 2, 3 oraz 4

Zadanie nr 1, 3, 4 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:

**ORIENTACYJNA CENA
brutto (kwota w zł)**

Sprzęt elektroniczny:

Elementy sprzętu elektronicznego:

Oprogramowanie:

RAZEM

Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie

**ORIENTACYJNA CENA
brutto (kwota w zł)**

RAZEM

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
Zadanie nr 3		
Zadanie nr 4		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

6. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:

☐ NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA: ☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach
a także w roku w ramach

Proszę uzasadnić potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON:

.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu ☐ tak - ☐ nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także www.pcprbytow.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania w przypadku Obszaru B Zadania 1 i 4 oraz 30 % w przypadku Obszaru B Zadania 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	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) <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	O ile dotyczy - zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a, 3b, 3c lub 3d do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny <i>ORYGINAŁ DO WGLĄDU</i>	☐	☐	
7.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
8.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
10.		☐	☐	
11.		☐	☐	
12.		☐	☐	

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym do: stopni

☐ w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak

☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

Załącznik nr 3b do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” -
dotyczy **Obszaru B Zadanie 1 i 2**

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne
potrzeby w tym zakresie:
.....
.....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność
Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ *nie dotyczy*

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

....., dnia.....

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(B3)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz
potwierdzić podpisem i pieczętką**):

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B Zadanie nr 5

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, jakich:	
Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu elektronicznego:	Orientacyjny koszt zakupu/ cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem (z pkt 4)		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego w ramach programu? ☐ NIE ☐ TAK

Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w: roku.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w roku: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

*- należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ 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,
- 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.pcpr.slupsk.pl
- 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 10% ceny brutto**),
- 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.) ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3. Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
4. Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
5. Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
6. Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
7. W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
8. Oferta cenowa dotyczącej planowanego zakupu dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania, a także koszt niezbędnych napraw, przeglądów lub konserwacji	☐	☐	
9. Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) W r.

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: r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.

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

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.

**- należy zaznaczyć właściwe*

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ tak - ☐ nie
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także www.pcpr.slupsk.pl,
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, 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam(em) pomoc, w bieżącym roku, ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:
☐ tak w wysokości - ☐ nie,
8. 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.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
6.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
7.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
8.	Inne:	☐	☐	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- ☐ w zakresie ręki
- ☐ przedramienia
- ☐ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:

- ☐ na poziomie podudzia
- ☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- ☐ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

☐ NIE POSIADAM PROTEZY

☐ OD ROKU: UŻYTKUJE PROTEZE (rodzaj/opis techniczny):

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: ☐ NIE ☐ TAK

w roku w ramach a także w roku w ramach

Proszę uzasadnić potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także www.pcpr.slupsk.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: ☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc, w bieżącym roku, ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:
☐ tak w wysokości - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku może być współfinansowana z innych środków publicznych,
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	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 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	☐	☐	

4.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
5.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
6.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
7.	Oferta nr 1 dotycząca zakupu protezy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)	☐	☐	
8.	Oferta nr 2 dotycząca zakupu protezy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)	☐	☐	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐
oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji:

Specyfikacja zastosowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
				Suma (w zł)		

Specyfikacja elementów protezy wykonanych indywidualnie dla beneficjenta

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			Suma (w zł)	

Całkowita cena brutto protezy (w zł)

.....
Pieczętka, data i podpis

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające**Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne****PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:**

- ☐ w zakresie ręki
☐ przedramienia
☐ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA NOGI, po amputacji:

- ☐ na poziomie podudzia
☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
☐ uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):**Przyczyna amputacji kończyny:** ☐ uraz ☐ inna, jaka:**Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:** ☐ stabilny ☐ niestabilny**Wycena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:**
.....

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) W r.**Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:** ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.Posiadana proteza była naprawiana w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także www.pcpr.slupsk.pl
- 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,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: ☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em), w bieżącym roku, pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:
☐ tak w kwocie..... - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- 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.

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.

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

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	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 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)	☐	☐	
4.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
5.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
6.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	

7.	Oferta cenowa dotycząca naprawy protezy nr 1 (sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)			
8.	Oferta cenowa dotycząca naprawy protezy nr 2 (sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)			
9.	Inne			

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐
oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Pieczątka, data i podpis

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie nr 5

Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym:

Wybrany skuter jest: trzykołowy ☐ czterokołowy ☐
 jednoosobowy ☐ dwuosobowy ☐

Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:

Dodatkowe wyposażenie:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
Dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL ROK NABYCIA:

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SKUTERA INWALIDZKIEGO
NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM LUB OPRZYRZĄDOWANIA ELEKTRYCZNEGO DO WÓZKA RĘCZNEGO

☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

Proszę uzasadnić potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON:

.....

.....

.....

.....

.....

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ 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,
- 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.pcpr.slupsk.pl
- 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 35% ceny brutto**),
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązania z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego) pomoc, w bieżącym roku, ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:
☐ tak w wysokości - ☐ nie,
- 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	

4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
5.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
6.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	☐	☐	
7.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
8.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):			

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ☐ *oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
☒	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcja obu rąk	
☐	Dysfunkcja obu nóg	
☐	Inne schorzenie:.....	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak ☐ Nie ☐
Tak ☐ Nie ☐	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak ☐ Nie ☐	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak ☐ Nie ☐	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesiące	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
			RAZEM:		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem www.pcpr.slupsk.pl
- 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**),

6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy ORYGINAŁ DO WGLĄDU	☐	☐	
6.	Zaświadczenie z urzędu pracy o statusie bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)	☐	☐	
7.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.	☐	☐	
8.	Kopia umowy zawartej z przedszkolem lub żłobkiem	☐	☐	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
10.		☐	☐	
11.		☐	☐	
12.		☐	☐	

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a).....
zamieszkały(a)
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł (słownie:)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....., dnia.....r,
(miejscowość) (podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk, zwany dalej Realizatorem, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.**
2. Inspektorem ochrony danych Realizatora jest Pan Piotr Piątek, z którym można kontaktować się e-mailowo: ppiatak@kancelariapiatak.pl.
3. Realizator przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz programu „Aktywny samorząd”.
4. Realizator programu gromadzi dane osobowe zawarte we wniosku o dofinansowanie (wraz z załącznikami), umowie dofinansowania zawartej z beneficjentem, korespondencji związanej z rozpatrzeniem i realizacją wniosku, a także uzyskane w trakcie rozliczenia udzielonego dofinansowania oraz ewaluacji udzielonego wsparcia. Dane te gromadzone są w wersji papierowej lub elektronicznie.
5. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych gromadzi dane osobowe wnioskodawców przekazane przez Realizatora zgodnie z umową w sprawie realizacji programu, a także uzyskane w ramach korespondencji prowadzonej z wnioskodawcami i Realizatorami programu w związku z interwencjami lub zapytaniami związanymi o interpretację zasad programowych. Dane te gromadzone są w wersji papierowej lub elektronicznie.
6. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3.
8. Dane osobowe przekazywane będą do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie. Dane będą mogły być przekazywane podmiotom upoważnionym z mocy przepisów prawa.
9. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.
10. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, w sytuacjach dopuszczonych przez przepisy obowiązującego prawa.
11. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Słupsk, dnia.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

