



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

Wypełnia Realizator!

Wniosek nr

Data wpływu :

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar C – Zadanie 5

Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego.

(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.)

Dane osobowe wnioskodawcy <i>(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)</i>									
Imię i nazwisko									
Data urodzenia oraz numer PESEL									
Dowód osobisty	Seria Numer: wydany przez:..... w dniu:..... ważny do:.....								
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>					Stan cywilny: wolny <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty <input type="checkbox"/>				
Nr telefonu::					Adres email:				
Miejsce zameldowania									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy								
Województwo	Powiat								
Miejsce zamieszkania <i>(miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)</i>									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy								
Dane osobowe podopiecznego									
Imię i nazwisko					Pokrewieństwo:				
Data urodzenia oraz PESEL									
Miejsce zamieszkania	płeć		K		M				
Ulica				Nr domu				Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy								

Województwo		Powiat	
Dochód gospodarstwa domowego			
Gospodarstwo domowe: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną			
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: zł(zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku).			
Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/>		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
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:			
Poziom wykształcenia			
podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>			
Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <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"/>
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 układ oddechowy/krążenia	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> 11-I inne

Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**). W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

CEL SZCZEGÓŁOWY PROGRAMU:

Przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych.

1) **Uzasadnienie wniosku**

Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

TAK Rok otrzymania dofinansowania

NIE

3) Czy wnioskodawca otrzymał dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania?

TAK Rok otrzymania dofinansowania

NIE

4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne? (posiadające odpowiednie orzeczenie potwierdzające stopień niepełnosprawności)

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

Posiadany i wykorzystywany sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny:

.....

.....

- NIE POSIADAM/podopieczny nie posiada skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- POSIADAM/podopieczny posiada następujący skuter: MODEL ROK NABYCIA.....
- NIE POSIADAM/podopieczny nie posiada wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym
- POSIADAM/podopieczny posiada następujący wózek: MODEL ROK NABYCIA.....

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera/wózka*

TAK NIE w roku w ramach

a także w roku w ramach

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Proponowane do dofinansowania koszty zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym		
Model (nazwa) skutera:		
Dodatkowe wyposażenie skutera:		
Oprzężenie elektryczne do wózka ręcznego, jakie:		
RAZEM		
Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca		
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania 100%		zł
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 35% ceny brutto)		zł
Wnioskowana wysokość dofinansowania		zł
SŁOWNIE		zł
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który mają zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nazwa banku:		
.....		

OŚWIADCZAM, ŻE:

1) nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),

- 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 przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mops.katowice.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 byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- 7) posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT
- 9) Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy do 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 z późn. 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.

Katowice, dn./...../20.....r.

.....
podpis wnioskodawcy

5. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - 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 specjalistę określające zasadność wyposażenia w przedmiot dofinansowania, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)				
5.	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	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"/>	
7.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):				
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Katowice, dn. / / 20..... r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu