



REALIZATOR PROGRAMU:  
 POWIAT ŚWIECKI  
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE  
 ul. Wojska Polskiego 195a 86-100 Świecie  
 tel. 52 56 83 204



program finansowany ze środków PFRON

PCPR.500.9.1.....2016.\_\_\_\_  
 Nr rej. \_\_\_\_/2016

DATA WPŁYWU WNIOSKU  
 (wypełnia realizator programu)

## WNIOSK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

### Moduł I obszar A zadanie 1

#### POMOC W ZAKUPIE I MONTAŻU OPRZYRĄDOWANIA DO POSIADANEGO SAMOCHODU

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

#### Informacje Wnioskodawcy

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

osoba pełnoletnia  rodzic dziecka  opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

PESEL

Dowód osobisty seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r. przez.....data ważności .....

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt

stały

Kod pocztowy   -     .....

(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -     .....

(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

##### DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy):

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

PESEL

Pełnoletni:  tak  nie

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (jeśli jest inny niż Wnioskodawcy- pobyt stały)

Kod pocztowy   -     ..... Miejscowość ..... Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. .... nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:.....

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [pcpr-swiecie.rbip.mojeinfo](mailto:pcpr-swiecie.rbip.mojeinfo)

| STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:   |                     |                                |   |
|--|---------------------|--------------------------------|---|
| znacznym stopień   | umiarkowany stopień | lekki stopień                  | osoby w wieku do 16 lat zaliczone do osób niepełnosprawnych |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji |                     | całkowita niezdolność do pracy | częściowa niezdolność do pracy                              |
| I grupa inwalidzka   |                     | II grupa inwalidzka            | III grupa inwalidzka  |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: ..... bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU**, w zakresie:

kończyny dolnej kończyn dolnych kończyny górnej kończyn górnych innym

Wnioskodawca porusza się:

na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna

na wózku inwalidzkim samodzielnie

wyłącznie przy pomocy kul lub balkonika

samodzielnie

### PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

wynikająca z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe                 | <b>02-P</b> choroby psychiczne            | <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu |
| <b>04-O</b> choroby narządu wzroku                | <b>05-R</b><br>upośledzenie narządu ruchu | <b>06-E</b> epilepsja                               |
| <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <b>08-T</b> choroby układu pokarmowego    | <b>09-M</b> choroby układu moczowo - płciowego      |
| <b>10-N</b> choroby neurologiczne                 | <b>11-I</b> inne                          | <b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe         |

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

zatrudniona/y: od dnia: ..... bezrobotna/y ..... poszukująca/y pracy ..... nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: ..... na czas nieokreślony ..... inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

Stosunek pracy na podstawie: umowy o pracę  
powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
umowy cywilnoprawnej  
stażu zawodowego

działalność gospodarcza Nr NIP: ..... na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

działalność rolnicza; miejsce prowadzenia działalności: .....

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE:

brak podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne, jakie: ..... wyższe

### OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

SZKOŁA PODSTAWOWA GIMNAZJUM SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA, jaka: .....

SZKOŁA WYŻSZA, jaka: ..... nie dotyczy

### NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? |  |  |  |  |                           | tak <input type="checkbox"/>                                       | nie <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|--|--|---------------------------|--|------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/<br>lub zadania, w ramach<br>którego przyznana została<br>pomoc)  | Przedmiot<br>dofinansowania<br>(co zostało<br>zakupione ze<br>środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko<br>osoby, dla której<br>Wnioskodawca<br>uzyskał środki<br>PFRON) | Numer i data<br>zawarcia umowy<br>Termin rozliczenia | Oddział PFRON/<br>PCPR/MOPR<br>w którym uzyskano<br>dofinansowanie | Kwota przyznana<br>(w zł) | Kwota rozliczona<br>przez organ<br>udzielający<br>pomocy<br>(w zł) |                              |
|  |  |  |  |  |                           |  |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>  |  |  |  |  |                           |  |                              |
| <b>POTWIERDZENIE DANYCH:</b>   |  |  |  |  |                           |  |                              |
| 1. PCPR: _____   |  |  |  |  |                           |  |                              |
| 2. PFRON: _____  |  |  |  |  |                           |  |                              |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:   |  |  |  |  |                           | tak <input type="checkbox"/>                                       | nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:  |  |  |  |  |                           | tak <input type="checkbox"/>                                       | nie <input type="checkbox"/> |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....  |  |  |  |  |                           |  |                              |
| <b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął   |  |  |  |  |                           |  |                              |
| Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego:  |  |  |  |  |                           | tak <input type="checkbox"/>                                       | nie <input type="checkbox"/> |
|  |  |  |  |  |                           | nie dotyczy <input type="checkbox"/>                               |                              |

**3. Dodatkowe informacje** **UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości informację należy udokumentować (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

| Pytanie/zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy                                       |
|--|---|
| 1) Czy uzyskane dofinansowanie przyczyni się do likwidacji lub ograniczenia bariery transportowej?   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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)? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie stosownego organu dot. niepełnosprawności)?  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

#### 5. Uzasadnienie:

1) Przedmiot dofinansowania przyczyni się do wyeliminowania lub zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym i/lub zawodowym:  tak  nie

2) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania:

---



---



---



---



---

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

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

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
|--|
| <p>Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....<br/> rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....</p> <p>Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu</p>                 |
| NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU   |
| POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU .....   |
| <p><b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</b></p> <p><b>NIE</b></p> <p><b>TAK</b> w ..... roku w ramach .....</p> <p>a także w ..... roku w ramach .....</p> |

**Oświadczam, że:**

- podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info](http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info)
- 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, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON
- nie mam zaległości wobec Funduszu oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
- otrzymałem(am) nie otrzymałem(am)** dofinansowanie(a) ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i *(należy wypełnić w przypadku osób, które otrzymały dofinansowanie)*, **nie naruszyłem(am)** warunki(ów) umowy, **naruszyłem (am)** warunki(ów) umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i **doprowadziłem(am), nie doprowadziłem(am)** do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku
- nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)**
- przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15% ceny brutto**),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
- 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,

12. 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**

### 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika |   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br>(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)- załącznik nr 1 do wniosku  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 do wniosku)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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 potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu jako następstw schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia zasadniczego, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) - dotyczy osób, u których dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Oświadczenie o zatrudnieniu bądź o niezatrudnieniu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują – wystawione przez uczelnie zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | 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"/> |                          |
| 10.              | Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Kopia prawa jazdy wnioskodawcy  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              | Oświadczenie o wspólnocie majątkowej (tylko w sytuacjach koniecznych dot. pkt. 7 wniosku)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13.              | Ulotka informacyjna dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wraz z ofertą cenową  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14.              | Inne załączniki (należy wymienić):  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |