



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

DATA WPŁYWU WNIOSKU  
 (wypełnia realizator programu)



program finansowany ze środków PFRON

PCPR.500.9.5.\_\_\_\_.2016.\_\_\_\_  
 Nr rej. \_\_\_\_/2016

## WNIOSEK

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

### Moduł I obszar C zadanie 2

#### POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

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   -     .....

(pocztą)

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   -     .....

(pocztą)

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.mojregion.info](mailto:pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info)

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

znaczny 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:

jednej kończyny górnej obu kończyn górnych obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

Wnioskodawca : porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: NIE TAK: samodzielnie niesamodzielnie

**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> 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 - pęciowego
<b>10-N</b> choroby neurologiczne	<b>11-I</b> inne	<b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**

niezatrudniona/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 (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy Termin rozliczenia	Oddział PFRON/ PCPR/MOPR w którym uzyskano dofinansowanie	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (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"/>	
A. Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....							
B. Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął							
C. Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego: <b>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/></b>							

### 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 w poruszaniu się, umożliwiając uczestnictwo Wnioskodawcy w aktywizacji społecznej lub zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia?	<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

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
1.	
2.	
3.	
4.	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
1.	
2.	
3.	
4.	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jaki:	
RAZEM	

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>	_____	_____

**6. 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:

---



---



---



---



---

**7. Informacje uzupełniające**

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?    NIE    TAK - w ramach (np. programu) ..... w ..... roku.

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: ..... roku.

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):**.....  
 .....  
 .....

\*. należy zaznaczyć właściwe

<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
<b>Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy*</b> .....
<b>Nazwa banku</b> .....
<b>Imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego</b> .....
.....
* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby (w załączeniu oświadczenie)

**Oświadczam, że:**

1. 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;
2. 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)
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,
4. przyjmuję do wiadomości, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON
5. 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
6. **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 2016r., poz. 2046), 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
7. **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)**
8. przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku
9. 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,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie 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 ...../...../ 2017r.	..... <b>Wnioskodawcy</b>
--------------------------------	------------------------------

**8. 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia 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.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni - wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują - wystawione przez uczelnię zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Ulotka informacyjna dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wraz z ofertą cenową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	