



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.500.5.1.....2017.____
 Nr rej. ____/2017

DATA WPŁYWU WNIOSKU
 (wypełnia realizator programu)

WNIOSEK

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 urodzeniar.

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 urodzeniar.

PESEL

Pełnoletni: tak nie

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

Kod pocztowy - MiejscowośćUlica

Nr domu nr lok. PowiatWojewództwo

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 oraz pcpr-swiecie.rbip.mojeregion.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:

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):

01-U upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R upośledzenie narządu ruchu

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

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 (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)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							
POTWIERDZENIE DANYCH:							
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:							
Uwaga! 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:..... rok produkcji, nr rejestracyjny</p> <p>Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu</p>
NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU
POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU
<p>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</p> <p>NIE</p> <p>TAK 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: 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 2016 r. 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
- 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 /..... /2017r. podpis Wnioskodawcy
---------------------------------	-------------------------------------

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 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.	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 uczelnie 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.	Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kopia prawa jazdy wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Oświadczenie o wspólnocie majątkowej (tylko w sytuacjach koniecznych dot. pkt. 7 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Ulotka informacyjna dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wraz z ofertą cenową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	