

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA WPŁYWU WNIOSKU

(wypełnia realizator programu)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA WPŁYWU WNIOSKU

(wypełnia realizator programu)

PCPR.500.3.12.\_\_\_\_.2019.\_\_\_

Nr rej. \_\_\_\_\_\_/2019

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WNIOSEK

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

Moduł I obszar C zadanie 4

POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEJ PROTEZY KOŃCZYNY, W KTÓREJ ZASTOSOWANO NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA TECHNICZNE (CO NAJMNIEJ NA III POZIOMIE JAKOŚCI)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INFORMACJE WNIOSKODAWCY**
2. **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

**osoba pełnoletnia opiekun prawny podopiecznego**

**Imię \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.**

**PESEL**   **Dowód osobisty seria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**wydany w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r. przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data ważności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.**

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA** (adres)

Ulica/Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ nr lok.\_\_\_\_\_\_

Kod pocztowy - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (poczta) **Numer telefonu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DANE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO** (o ile dotyczy):

Imię **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nazwisko **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.**

PESEL  **Pełnoletni:**  tak nie

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA** (adres jeśli jest inny niż wnioskodawcy):

Ulica/Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ nr lok.\_\_\_\_\_\_

Kod pocztowy - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (poczta)

1. **ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
2. **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważny

umiarkowany stopień niepełnosprawności lub równoważny

lekki stopień niepełnosprawności lub równoważny

osoby w wieku do 16 lat zaliczone do osób niepełnosprawnych

1. **PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPARWNOŚCI** wynikająca z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): 01-U 07-S

02-P 08-T

03-L 09-M

04-O 10-N

05-R 11-I

06-E 12-C

1. **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:**

zatrudniona/y bezrobotna/y poszukująca/y pracy i niepozostająca w zatrudnieniu

działalność gospodarcza działalność rolnicza nie dotyczy

1. OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ W SZKOLE:

podstawowej gimnazjum ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej

wyższej innej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nie dotyczy

1. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)? nie tak

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |

1. **DODATKOWE INFORMACJE**
2. Czy Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych: tak nie
3. Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  **tak nie**
4. Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: **nie tak**

-jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

1. Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego:

tak nie nie dotyczy

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?

**tak nie**

1. 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**
2. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie stosownego organu dot. niepełnosprawności)?  **tak nie**
3. **SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości),  po amputacji: | **Właściwe zaznaczyć**  **"x"** |
| 1. w zakresie ręki |  |
| 2. przedramienia |  |
| 3. ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym |  |
| 4. na poziomie podudzia |  |
| 5. na wysokości uda (także przez staw kolanowy) |  |
| 6. uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |  |
| Szczegółowy wykaz zakupu części zamiennych, jakich: | **ORIENTACYJNA**  **CENA brutto**  *(kwota w zł)* |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |

1. **WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientacyjna cena brutto (razem z pkt. VII w zł)** | **Kwota wnioskowana\* (w zł)** |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

*\*kwota wnioskowana nie może przekroczyć 90% orientacyjnej kwoty brutto*

1. **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:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

##### Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości? **nie** **tak** - w ramach (np. programu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roku.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje protezę na III poziomie jakości **nie**  **tak** (typ, model, rok produkcji): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości upłynął: **nie** **tak**, w dniu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku.

##### Posiadana protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości była naprawiana w roku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, w zakresie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, gwarancja na naprawę upłynęła: **NIE TAK**, w dniu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roku..

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia) ze środków PFRON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek wyniósł: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych[[1]](#footnote-1)**

Liczba osób w gospodarstwie domowym: \_\_\_\_\_\_\_

1. **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY** na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Numer rachunku

Nazwa banku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INNE OŚWIADCZENIA**

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 przyjęłam(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://www.bip.powiat.swiecki.lo.pl)
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 2018 roku poz. 511 ze 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
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 Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
10. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości) - w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** **10% ceny brutto**,
11. 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. zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną udostępnioną w siedzibie PCPR w Świeciu przy ul. Wojska Polskiego 195 A lub na stronie internetowej PCPR (http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info)i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.

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 \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /2019r.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **podpis Wnioskodawcy** |

1. **Załączniki do wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa załącznika** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
| Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego- załącznik nr 1 |  |  |  |
|  | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie. |  |  |  |
|  | W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują – wystawione przez uczelnie zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki. |  |  |  |
|  | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny- załącznik nr 2 |  |  |  |
|  | Dwie niezależne oferty dotyczące przedmiotu dofinansowania- załącznik nr 3 |  |  |  |
|  | W przypadku wnioskodawcy, który w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- potwierdzenie przez właściwą jednostkę zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |

***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](http://www.bip.powiat.swiecki.lo.pl)

1. POUCZENIE:

   **1. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018r., poz. 2220 ze zm.)**

   * + 1. G**ospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

   **a) wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

   **3.** Dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 roku (obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 roku – M.P.2019 poz. 911), według wzoru: [(3.399 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

   4. Uwaga! **W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z rzeczywistym stanem, umowa na ewentualne dofinansowanie może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym, a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Powiatowe Centrum pomocy Rodzinie środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.**

   5. Uwaga! **Wnioskodawca na żądanie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych.**  [↑](#footnote-ref-1)