



Data wpływu:.....

Numer wniosku .....



program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

### o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar A Zadanie 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania 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.

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE

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

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do .....r.

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Stan cywilny: .....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

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

Kod pocztowy .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Powiat .....

Województwo .....

##### ADRES DO KORESPONDENCJI

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

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:.....

2. Informacja o osobie reprezentującej Wnioskodawcę – należy wypełnić wszystkie pola (opiekun prawny lub pełnomocnik ustanowiony na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie)

### DANE PERSONALNE

opiekun prawny Wnioskodawcy

pełnomocnik

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

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez ..... ważny do ..... r.

PESEL

Ustanowionym opiekunem\*/pełnomocnikiem\* .....

postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... Sygn. Akt\* na mocy  
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dnia  
.....r. repet. Nr .....

\*zaznaczyć właściwe

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy ..... miejscowość .....

Ulica .....Nr domu ..... nr lok. ....

Powiat .....Województwo .....

#### Kontakt telefoniczny:

nr kier. .... nr tel..... nr tel. komórkowego:.....

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

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
.....

**3. Informacje dot. orzeczenia o niepełnosprawności, zatrudnienie oraz aktualnie realizowanego etapu kształcenia.**

<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo				
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>				
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej		
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym		
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni		<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma				
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma				
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b>				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....			<b>Nazwa pracodawcy:</b> .....	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....			<b>Adres miejsca pracy:</b> .....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy			<b>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:</b> .....	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza  Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ....., dokonanego w urzędzie .....			
<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie .....				
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....			

## ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

## OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> 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: .....

## 4. 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)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>					

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

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

## 5. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

**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 formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

### Informacje Wnioskodawcy

- 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.

- tak 2 przyczyny niepełnosprawności       - nie       - tak 3 przyczyny niepełnosprawności

- 3) 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

- 3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?

- tak (1 osoba)       - tak (więcej niż jedna osoba)       - nie

- 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?

- nie    - nie dotyczy    - tak (proszę opisać):

.....

.....

.....

.....

- 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)

**Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.**

- tak    - nie

- 7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.

- tak    - nie

.....

.....

.....

.....

## 6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowani\* - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1

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:	
<b>RAZEM</b>	

\* Pod pojęciem oprzyrządowania samochodu – należy rozumieć dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego.

Adresatem programu w ramach Modułu I Obszar A Zadanie 1 jest osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności, wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie, występuje dysfunkcja narządu ruchu.

## 7. Wnioskowana kwota dofinansowania\*

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

\*Maksymalna kwota dofinansowania w ramach Modułu I Obszar A Zadanie 1 wynosi **5.000 zł**.

## 8. Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....  
rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Użytkuję samochód marki .....  
rok produkcji ..... nr rejestracyjny .....  
na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa..... jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka: .....  
rok produkcji ..... nr rejestracyjny .....

Nie posiadam oprzyrządowania samochodu

Posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu (właściwe zaznaczyć):

dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie  
automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła  
elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia  
specjalne siedzenia  
elektroniczna obręcz przyspieszenia  
ręczny gaz – hamulec  
przedłużenie pedałów  
sterowanie elektroniczne  
podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego  
przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników  
system wspomagania parkowania  
inne, jakie:.....

### CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

**NIE**  **TAK** w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

### Oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na ten sam cel finansowy za środków PFRON 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 oraz, że poinformuję bezzwłocznie Realizatora o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku o dofinansowanie,
3. 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: [www.pcprilawa.pl](http://www.pcprilawa.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. **Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego 15% ceny brutto zakupu/usługi**  tak -  nie,
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. W okresie ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania) uzyskałem(am) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu  tak -  nie,
9. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy usługodawcy/sprzedawcy lub Wnioskodawcy 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**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU</b> (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	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)	<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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 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.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



