

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 2**

**pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka
inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADR S ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy

Niezdolność do pracy:

- ☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ całkowita niezdolność do pracy
- ☐ częściowa niezdolność do pracy
- ☐ nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P – choroby psychiczne
- ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- ☐ osoba głucha
- ☐ osoba głuchoniema
- ☐ 04-O – narząd wzroku
- ☐ osoba niewidoma
- ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu
- ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
- ☐ 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

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- ☐ nie dotyczy
- ☐ nieaktywna/y zawodowo
- ☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- ☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniona/y)
- ☐ zatrudniona/y

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ umowa cywilnoprawna		☐ tak ☐ nie	
☐ staż zawodowy		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność gospodarcza		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność rolnicza		☐ tak ☐ nie	

☐ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania	☐ tak ☐ nie
---	---

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- ☐ Nie dotyczy
☐ Przedszkole
☐ Szkoła podstawowa
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa
☐ Technikum
☐ Liceum
☐ Szkoła policealna
☐ Kolegium
☐ Studia I stopnia
☐ Studia II stopnia
☐ Studia magisterskie (jednolite)
☐ Studia podyplomowe
☐ Studia doktoranckie
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
☐ Szkoła doktorska
☐ Uczelnia zagraniczna
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
☐ Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

- a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,
- b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

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

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; 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 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r., według wzoru: $[(5.549 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$).

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

- ☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z

brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
☐ Zakup części zamiennych Jakich:		
☐ Zakup akumulatora		
☐ Zakup dodatkowego wyposażenia Jakiego:		
☐ Koszty naprawy / remontu		
☐ Koszty przeglądu technicznego		
☐ Koszty konserwacji / renowacji		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Wnioskodawca/podopieczny użytkuje obecnie wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym lub skuter:

☐ tak ☐ nie

Rok produkcji:

Model:

Okres gwarancyjny na naprawę wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub skutera upłynął:

☐ tak ☐ nie

Okres gwarancyjny na naprawę przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania upłynął:

☐ tak ☐ nie

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

Lista

- swoje (lub dziecka) orzeczenie o niepełnosprawności,
 - akt urodzenia dziecka - jeśli sprawa dotyczy dziecka,
 - dokument stanowiący opiekę prawną - jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
 - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
 - oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca wnioskowanego przedmiotu,
 - fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
 - dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) jeśli dotyczy.
- Informacja dodatkowa - dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

• skanu - w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),

• kopii - w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):	Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu: