

S. 010-1.3 2020

Zarządzenie Nr 3/2020  
Dyrektora Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie w Wołominie  
z dnia 09.03.2020 r.

w sprawie: wprowadzenia szczegółowych zasad rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w 2020 roku oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją Programu

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.) oraz Porozumienia nr O-07/39/AS/2012 z dnia 27.06.2012 r. zmienionego Anekssem Nr 1 z dnia 05.07.2012 r., w związku z pilotażowym programem „Aktywny samorząd” zatwierdzonym uchwałą nr 11/2018 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 10 grudnia 2018r., w sprawie zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zatwierdzonych uchwałą nr 19/2020 Zarządu PFRON z dnia 4 marca 2020 r. a także Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku, będących załącznikiem do uchwały nr 3/2019 Zarządu PFRON z dnia 7 stycznia 2020 r., zarządzam, co następuje:

§ 1

Realizując pilotażowy program „Aktywny samorząd”, umożliwiający osobom niepełnosprawnym uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, określa się i wprowadza do stosowania następujące dokumenty i formularze:

- 1) **Szczegółowe zasady rozpatrywania wniosków** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach realizacji pilotażowego Programu „Aktywny samorząd” w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie 2020 roku, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia;
- 2) **Wzór Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar A – Zadanie nr 1** pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu wraz z załącznikiem (nr 2 do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego w brzmieniu określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia;
- 3) **Wzór Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar A – Zadanie nr 2 lub 3** pomoc w uzyskaniu prawa jazdy wraz z załącznikami (nr 2, nr 2a do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) **Wzór Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar A – Zadanie nr 4** pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu wraz z załącznikiem (nr 2a do formularza wniosku), wypełnia

Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia;

- 5) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4** pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania wraz z załącznikami (nr 2a, nr 2b, nr 2c, nr 2d do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 5** do niniejszego zarządzenia;
- 6) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar B – Zadanie nr 2** dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania wraz z załącznikami (nr 2b, nr 2c do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 6** do niniejszego zarządzenia;
- 7) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar B – Zadanie nr 5** dofinansowanie utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 7** do niniejszego zarządzenia;
- 8) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar C – Zadanie nr 1** pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym wraz z załącznikiem (nr 2g do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 8** do niniejszego zarządzenia;
- 9) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego 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, wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 9** do niniejszego zarządzenia;
- 10) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar C – Zadanie nr 3** pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne wraz z załącznikami (nr 2e, nr 2h, nr 2i do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 10** do niniejszego zarządzenia;
- 11) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar C – Zadanie nr 4** pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne wraz z załącznikami (nr 2e, nr 2j, nr 2k do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim

- imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 11** do niniejszego zarządzenia;
- 12) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar C – Zadanie nr 5** pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego wraz z załącznikiem (nr 2f do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 12** do niniejszego zarządzenia;
  - 13) Wzór **Wniosku „M-I”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, **Obszar D** pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej, wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 13** do niniejszego zarządzenia;
  - 14) Wzór **Wniosku „M-II”** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym wraz z załącznikami (nr 1, nr 4, nr 5, nr 6 do formularza wniosku), wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 14** do niniejszego zarządzenia;
  - 15) Wzór **Klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych** (załącznik nr 3 do formularza wniosku -Moduł I i II) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 15** do niniejszego zarządzenia;
  - 16) Wzór **Skierowania do opinii eksperta PFRON w ramach Obszaru C Zadanie 1** w brzmieniu określonym w **załączniku nr 16** do niniejszego zarządzenia;
  - 17) Wzór **Skierowania na badanie wstępne w ramach Obszaru C Zadanie 3** w brzmieniu określonym w **załączniku nr 17** do niniejszego zarządzenia;
  - 18) Wzór **Skierowania na drugą wizytę w ramach Obszaru C Zadanie 3** w brzmieniu określonym w **załączniku nr 18** do niniejszego zarządzenia;
  - 19) Wzór **Skierowania na badanie wstępne w ramach Obszaru C Zadanie 4** w brzmieniu określonym w **załączniku nr 19** do niniejszego zarządzenia;
  - 20) Wzór **Skierowania na drugą wizytę w ramach Obszaru C Zadanie 4** w brzmieniu określonym w **załączniku nr 20** do niniejszego zarządzenia;
  - 21) **Regulamin zwrotu kosztów** związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania dotyczące realizacji Obszaru A Zadanie 2 i 3 oraz na badanie w celu wydania opinii eksperta dotyczącej realizacji Obszaru C Zadanie 1, 3 i 4 w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 21** do niniejszego zarządzenia.

## § 2

Traci moc Zarządzenie Nr 2/2019 z dnia 19.02.2019 r. Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w sprawie wprowadzania zasad postępowania dotyczących przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”, wprowadzenia



szczegółowych zasad obowiązujących w roku 2019 w powiecie wołomińskim dotyczących przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczania wniosków w ramach Modułu I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową i Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją Programu.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie

*Maciej Barakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

*Agata Żędzian*

RADCA PRAWNY

WA-8653

*Juliana Kapalska*

**SZCZEGÓŁOWE ZASADY ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH REALIZACJI  
PILOTAŻOWEGO PROGRAMU "AKTYWNY SAMORZĄD"  
W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W WOŁOMINIE W 2020 ROKU**

Niniejszy regulamin został sporządzony w oparciu o następujące dokumenty:

- Uchwała Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych z dnia 10 grudnia 2018 r. w sprawie przyjęcia tekstu jednolitego pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.
- Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.
- Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku.

Realizatorem pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie. Program finansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Termin składania wniosków:

- dla Modułu I - termin przyjmowania wniosków rozpoczyna się z dniem **01.03.2020 r.** a upływa z dniem **31.08.2020 r.**;
- dla Modułu II - termin przyjmowania wniosków rozpoczyna się z dniem **01.03.2020 r.** a upływa:
  - z dniem **31.03.2020 r.** dla wniosków dotyczących roku akademickiego **2019/2020**
  - z dniem **10.10.2020 r.** dla wniosków dotyczących roku akademickiego **2020/2021.**

**I. MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową.**

1. Wnioski o dofinansowanie w bieżącym roku, można składać w formie elektronicznej za pośrednictwem platformy internetowej SOW w przypadku, gdy wnioskodawca posiada podpis elektroniczny/Profil Zaufany, za pośrednictwem poczty lub osobiście w siedzibie PCPR w Wołominie ul. Legionów 78.
2. Wnioski weryfikuje się pod względem formalnym i merytorycznym na podstawie dokumentów dołączonych przez wnioskodawcę do wniosku, danych i informacji wynikających z wniosku, posiadanych przez Realizatora i PFRON zasobów oraz ustaleń dokonanych w trakcie weryfikacji wniosku.
3. Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika Realizatora, czy wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie.
4. W terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku Realizator informuje wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w wyznaczonym terminie. Nieusunięcie braków we wniosku przez wnioskodawcę w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Wnioski ocenione pozytywnie pod względem formalnym przekazywane są do oceny merytorycznej.
6. Ocena merytoryczna wniosku, dokonywana jest na karcie oceny merytorycznej wniosku (lub odpowiedniej zakładce na platformie SOW), która zawiera wagę punktową poszczególnych kryteriów oceny merytorycznej, z uwzględnieniem punktów preferencyjnych wskazanych przez



PFRON. Jej celem jest wyłonienie wniosków osób, które mają największe szanse na realizację celów programu oraz zmieszczą się w limicie środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu. Każdy wniosek jest oceniany indywidualnie przez dwóch niezależnych pracowników Realizatora.

7. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w trakcie oceny merytorycznej wniosku wynosi 100 punktów, minimalna liczba punktów wynosi **35**.
8. W 2020 roku preferowane są wnioski dotyczące osób niepełnosprawnych, które:
  - są zatrudnione - liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 25
  - posiadają podpis elektroniczny/ Profil zaufany na platformie ePUAP i złożyły wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej w SOW- liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 10,
  - złożyły wniosek w pierwszym półroczu 2020 roku - liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 10,
  - w 2019 lub w 2020 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 5,
  - pozostałe kryteria określa Realizator Programu.

Kryteria określone przez Realizatora dotyczą:

- osób niepełnosprawnych dorosłych, dzieci i młodzieży które: realizują obowiązek szkolny lub uczą się w szkołach ponadpodstawowych lub studiują – liczba punktów 15,
  - osób niepełnosprawnych zamieszkujących tereny wiejskie – liczba punktów 15,
  - osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy, nie pozostających w zatrudnieniu – liczba punktów 10,
  - osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z trzema symbolami przyczyn niepełnosprawności – liczba punktów 10.
9. Ocena merytoryczna w zakresie Modułu I, w bieżącym roku dokonywana jest w trybie ciągłym, biorąc pod uwagę minimalny próg punktowy umożliwiający bieżące udzielanie dofinansowania, aż do wyczerpania środków finansowych przyznanych przez PFRON na realizację w ramach pierwszej transzy, wg kolejności zaszeregowania na liście rankingowej. Udzielenie dofinansowania Wnioskodawcom, których wnioski uzyskały ocenę poniżej ustalonego przez Realizatora minimalnego progu punktowego, uzależnione będzie od możliwości wynikających z wysokości ostatecznej puli środków przekazanych przez PFRON.
  10. Wnioski pozytywnie zweryfikowane formalnie i merytorycznie, które spełniły warunki określone w pkt 8, ale nie zostały zrealizowane w ramach pierwszej transzy środków PFRON, zostaną umieszczone na liście rankingowej do realizacji z drugiej transzy środków.
  11. W sytuacji, gdy limit środków finansowych przekazany Realizatorowi Programu przez PFRON nie umożliwia udzielenia dofinansowania wszystkim wnioskodawcom z równorzędną oceną wniosku, o przyznaniu dofinansowania decyduje:
    - a) stopień niepełnosprawności potencjalnego beneficjenta w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski dotyczące osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a w dalszej kolejności, gdy reguła postępowania wyrażona w lit.a) nie prowadzi do wyboru wniosku do dofinansowania:
    - b) wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski wnioskodawców, których dochód jest najniższy – przy czym preferencja obowiązuje tylko wówczas, gdy wnioskodawca umieści we wniosku informację o wysokości dochodu.
  12. O przyznaniu lub odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostanie poinformowany w formie pisemnej lub za pośrednictwem platformy SOW.

13. W przypadku pozytywnej decyzji oraz potwierdzenia przez wnioskodawcę (lub jego podopiecznego) spełniania warunków uczestnictwa określonych w programie, także w dniu podpisania umowy, następuje zawarcie dwustronnej umowy dofinansowania. Umowa jest podstawą realizacji dofinansowania.
14. Rozliczenie dofinansowania nastąpi w terminie zawartym w umowie.
15. Przyznana kwota dofinansowania jest wyliczana zgodnie z zasadami określonymi w dokumencie: Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku. Dla modułu I określone są maksymalne kwoty dofinansowań, w tym refundacji oraz procentowy udział własny i tak:
- 1) Obszaru A:
    - a) w Zadaniu 1: 10 000 zł, z czego na zakup siedziska/fotelika do przewozu osoby niepełnosprawnej: 6 000 zł, wkład własny – 15 % ceny brutto zakupu/usługi;
    - b) w Zadaniu 2 lub 3: 4 800 zł, w tym:
      - dla kosztów kursu i egzaminów kategorii B – 2 100 zł,
      - dla kosztów kursu i egzaminów pozostałych kategorii – 3 500 zł,
      - dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 800 zł,
      - dla kosztów usług tłumacza migowego – 500 zł,
      - wkład własny – 25 % ceny brutto zakupu/usługi,
      - poniesione koszty należy udokumentować dziennikiem zajęć przekazanym przez firmę, w którym zawarte będą terminy zajęć potwierdzone podpisem przez prowadzącego je instruktora i ucznia,
      - o zwrot kosztów pozostałych (800 zł, 500 zł) można ubiegać się na podstawie posiadanych biletów, faktur, paragonów bądź rachunków zgodnych z terminami odbytych zajęć teoretycznych i praktycznych kursu prawa jazdy;
    - c) w Zadaniu 4 – 4 000 zł, wkład własny – 15 % ceny brutto zakupu/usługi;
  - 2) Obszaru B:
    - a) w Zadaniu 1:
      - dla osoby niewidomej – 24 000 zł, z czego na urządzenia brajlowskie 15 000 zł,
      - dla pozostałych osób z dysfunkcją narządu wzroku – 9 000 zł,
      - dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych – 7 000 zł,
      - wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi,
    - b) w Zadaniu 2:
      - dla osoby głuchoniewidomej – 4 000 zł,
      - dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu – 3 000 zł,
      - dla pozostałych adresatów obszaru – 2 000 zł,
      - z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w indywidualnych przypadkach, maksymalnie o 100%, wyłącznie w przypadku, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku lub słuchu wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia,
      - wkład własny nie jest wymagany,
      - rozliczenie kosztów nastąpi po przedstawieniu faktury, zaświadczenia o zakończeniu kursu wraz z jego wynikiem oraz listą obecności potwierdzoną podpisem przez prowadzącego je instruktora i ucznia;
    - c) w Zadaniu 3: 7 500 zł, wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi;
    - d) w Zadaniu 4: 4 000 zł, wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi;

- e) w Zadaniu 5: 1 500 zł, wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi;
- 3) Obszaru C:
- a) w Zadaniu 1: 10 000 zł, z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania do kwoty rekomendowanej przez eksperta PFRON, jednak nie więcej niż 25 000 zł, wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi;
- b) w Zadaniu 2: 3 500 zł, z czego za zakup jednego akumulatora – nie więcej niż 1 000 zł, wkład własny nie jest wymagany;
- c) w Zadaniu 3: dla protezy na III poziomie jakości, przy amputacji:
- w zakresie ręki – 9 000 zł,
  - przedramienia – 20 000 zł,
  - ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym – 26 000 zł,
  - na poziomie podudzia – 14 000 zł,
  - na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20 000 zł,
  - uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym – 25 000 zł,
- z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy), zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON, wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi;
- d) w Zadaniu 4: do 30% kwot, o których mowa w lit. c, wkład własny – 10 % ceny brutto zakupu/usługi;
- e) w Zadaniu 1, 3 i 4 dla refundacji kosztów dojazdu beneficjenta programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z beneficjentem programu – w zależności od poniesionych kosztów, nie więcej niż 200 zł,
- f) w Zadaniu 5: 7 500 zł, wkład własny – 25 % ceny brutto zakupu/usługi;
- 4) Obszaru D – 300 zł miesięcznie – tytułem kosztów opieki nad jedną (każdą) osobą zależną, wkład własny – 15 % ceny brutto zakupu/usługi;

## II. MODUŁ II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

1. Wnioski o dofinansowanie w ramach Modułu II, przyjmowane będą **wyłącznie drogą elektroniczną** za pośrednictwem Platformy SOW (System Obsługi Wsparcia) - <https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/>.
2. Wnioski w Module II weryfikuje się wyłącznie pod względem formalnym.
3. Każdy wniosek jest rozpatrywany indywidualnie. Wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego wniosku o dofinansowanie nie może przekroczyć kwoty wnioskowanej przez wnioskodawcę.
4. W 2020 roku maksymalna kwota dofinansowania kosztów dotycząca każdego semestru/półrocza wynosi w przypadku:
  - 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:
    - do 1 000 zł – dla wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium,
    - do 1 500 zł – dla pozostałych wnioskodawców,
  - 2) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – do 4 000 zł,
  - 3) opłaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) – niezależnie od daty poniesienia kosztów, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 4 000 zł jest możliwe



- wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.
5. Dofinansowanie opłaty za naukę (czesne) oraz opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego ma charakter obligatoryjny.
  6. Wysokość dodatku na pokrycie kosztów kształcenia (o którym mowa w ust 10 pkt 1 Kierunków działań (...)) będzie uzależniona od wysokości środków finansowych będących w dyspozycji Centrum oraz liczby złożonych wniosków, nie więcej niż kwota wnioskowana.
  7. Realizator przyjmuje zasadę zgodną z ust 13 pkt 1 Kierunków działań (...) dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony (**kryteria Realizatora**), w przypadku :
    - a) wnioskodawców posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnoprawności z trzema symbolami przyczyn niepełnosprawności - nie więcej niż o 300 zł,
    - b) gdy wnioskodawca jest osobą niewidomą lub niedowidzącą - nie więcej niż o 300 zł,
    - c) gdy wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego - nie więcej niż o 300 zł (wymagane zaświadczenie lekarskie).
  8. Pomoc w Module II w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia ma charakter progresywny i motywacyjny. Wysokość dodatku dla każdego wnioskodawcy jest uzależniona od jego postępów w nauce i wynosi:
    - 1) do 50 % wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym, w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku;
    - 2) do 75 % wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnym, drugim roku edukacji w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym;
    - 3) do 100 % wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki w kolejnych latach (od trzeciego roku) danej formy edukacji na poziomie wyższym,przy czym studenci II stopnia i doktoranci szkół doktorskich oraz uczestnicy studiów doktoranckich mogą otrzymać dodatek w kwocie maksymalnej na każdym etapie.
  9. Aby wsparciem objąć wszystkich Wnioskodawców, których wnioski zostały pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym, Realizator ma prawo obniżyć zakres i wysokość dofinansowania do poziomu, jaki wynika z wysokości kwot wnioskowanych we wszystkich wnioskach (zapotrzebowania) i kwoty przeznaczonej na realizację programu.
  10. Realizator ma prawo do weryfikacji złożonego oświadczenia o dochodzie.
  11. W przypadku przyznania dofinansowania realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Realizatorem i wnioskodawcą poprzez System SOW.
  12. Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnienie przez wnioskodawcę warunków uczestnictwa określonych w programie, także w dniu podpisania umowy.
  13. Przekazanie dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) oraz dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego następuje po zawarciu umowy dofinansowania.
  14. Przekazanie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia następuje po przekazaniu realizatorowi programu informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półroczu objętego dofinansowaniem lub po złożeniu zaświadczenia ze szkoły/uczelni, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia, objęte planem/programem studiów/nauki.
  15. Wnioskodawca, który w okresie objętym dofinansowaniem, z przyczyn innych niż niezależnych od niego (np. stan zdrowia) - nie uczęszczał na zajęcia objęte planem/ programem studiów/nauki, a w przypadku przewodu doktorskiego – nie realizował przewodu doktorskiego zgodnie z przyjętym harmonogramem, zobowiązany jest do zwrotu kwoty dofinansowania kosztów nauki

- w tym semestrze/półroczu.
16. Realizator może kontrolować środki wykorzystane przez wnioskodawcę na czesne np. poprzez kontakt z uczelnią w celu potwierdzenia uiszczenia w/w opłaty.
  17. Środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON.
  18. Wnioskodawca musi niezwłocznie poinformować realizatora o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację umowy.
  19. Ostatnim etapem postępowania w ramach programu „Aktywny samorząd” jest rozliczenie wykonania zawartej umowy, poprzez dostarczenie dokumentów wymienionych w podpisanej umowie.
  20. Wszelkie kwestie nieuregulowane powyższymi zasadami rozpatrywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami ustalonymi przez PFRON oraz ich interpretacjami.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinnej w Wolminie  
*Maciej Barakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinnej  
w Wolminie  
*Agata Żędzian*

Wniosek nr:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:  
Nr sprawy:

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar A – Zadanie nr 1  
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE 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.

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

**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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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



**Opis posiadanego dodatkowego wyposażenia:**

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

 tak  nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

 tak  nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

 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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

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 A/Zadanie nr 1**

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (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, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):		
<b>Razem:</b>		
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>		
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>		

### 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:	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

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

**DYREKTOR**  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie

*Maciej Burakowski*

**ZASTĘPCY DYREKTORA**  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

*Agata Żedzian*



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
(osoby z dysfunkcją narządu ruchu)  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętąka, nr\_ i podpis lekarza \*

\* wypełnia lekarz specjalista związany w rodzajem dysfunkcji

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Woiominiu  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Ri  
w Woiominiu  
*Agata Żędzan*

Wniosek nr:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar A – Zadanie nr 2 lub 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (wniosek A3)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

**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 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA 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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**OBECNIE WNIOSKODAWCA 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
<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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

**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

**Czy wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy:**

tak  nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:**

*W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.*

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 A/Zadanie nr 2 lub 3

Nazwa pola	Zawartość
Kategoria prawa jazdy:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B+E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C+E <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1+E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D+E <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1+E <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Inna
Inna, jaka:	
Planowany termin kursu – Od dnia:	
Planowany termin kursu – Do dnia:	
Nazwa ośrodka:	
Adres ośrodka:	
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy):		
<input type="checkbox"/> Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:		
<i>Powyższy koszt dotyczy wyłącznie kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca. Do rozliczenia dofinansowania będą potrzebne faktury, bilety PKP II klasy, a w przypadku dojazdu samochodem - kalkulacja poniesionych kosztów - liczba kilometrów ogółem, zużycie paliwa na 100 km, cena paliwa.</i>		
<input type="checkbox"/> Koszty jazd doszkalających:		
<input type="checkbox"/> Koszty usług tłumacza migowego (dotyczy dofinansowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego):		
<b>Razem:</b>		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

**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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):

Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

*Agata Żędzian*

.....  
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 (osoby z dysfunkcją narządu ruchu)  
 - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
 (miejscowość) (data)

pieczętą, nr i podpis lekarza \*

\* wypełnia lekarz specjalista związany w rodzajem dysfunkcji

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodziny w Woleminie

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodziny w Woleminie

Agata Żędzian



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu słuchu)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

c) Pacjent ma ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

....., dnia .....,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr\_ i podpis lekarza specjalisty)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wolominie  
*Agata Łędzian*

Wniosek nr:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:  
Nr sprawy:

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar A – Zadanie nr 4  
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

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

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek 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
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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)



Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności):

tak  nie

Opis dodatkowego wyposażenia:

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

tak  nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

tak  nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 A/Zadanie nr 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> system wspomaganie parkowania			
<input type="checkbox"/> komunikatory / tablice			
<input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych			
<input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje			
<input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)			
<input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne			



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu słuchu)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

c) Pacjent ma ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

....., dnia .....,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie  
Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wolominie  
Agata Żędzian



Wniosek nr:

**aktywny samorząd** 

Data wpływu:

Nr sprawy:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar B, Zadanie 1 lub 3 lub 4



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Załącznik Nr 5 do Samodzielności Nr 3/2020 Dyrektora  
PC PR z dnia 09.03.2020r.

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4  
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY**  
**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE 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.

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

**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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?

- tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

Razem uzyskane dofinansowanie:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania 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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)” w 2020 r.”.

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

Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

tak  nie

Proszę wymienić:

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób}$  w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

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 B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Smartfon lub tablet	<input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Linijka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		

<input type="checkbox"/> Drukarka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Każde inne urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<b>Razem:</b>			

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

**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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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:

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
**(osoby z dysfunkcją narządu słuchu)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:  
a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

c) Pacjent ma ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

....., dnia .....,  
(miejsowość) (data)

.....  
(pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie  
Maciej Durakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wolominie

Agata Sedzian

.....  
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

.....  
 (data)

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

**(osoby z dysfunkcją narządu ruchu)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych, objawiająca się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....,  
 (miejscowość) (data)

.....  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Włocławku  
 pieczętąka, nr i podpis lekarza\*

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
 w Włocławku

Agata Zędzian

\* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu wzroku)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do:\* ..... stopni

w oku prawym do:\* ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  nie dotyczy

w oku lewym wynosi:\* .....

w oku prawym wynosi: \* .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:  tak  nie

f) Pacjent jest osobą niedowidzącą:  tak  nie

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty

\*Prosimy o wypełnienie pkt 3b według stopni oraz pkt 3c według skali Snellena

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wodzisławiu

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wodzisławiu

Agata Żędzian

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu wzroku)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:  
a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do:\* ..... stopni

w oku prawym do:\* ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  nie dotyczy

w oku lewym wynosi:\* .....

w oku prawym wynosi: \* .....

....., dnia .....,  
(miejsowość) (data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza okulisty

\*Prosimy o wypełnienie pkt 3b według stopni oraz pkt 3c według skali Snellena

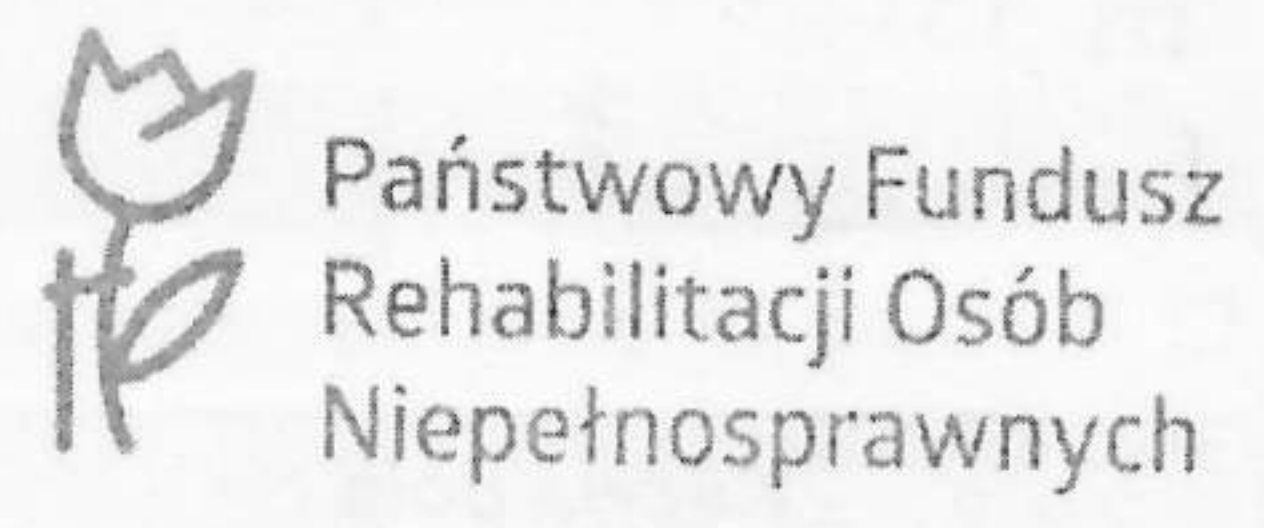
DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Agata Żędzian*

Wniosek nr:



Data wpływu:  
Nr sprawy:



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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar B – Zadanie nr 2  
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu  
elektronicznego i oprogramowania

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

- 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/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?

 tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania 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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

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 w odniesieniu do celu programu i innych...

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

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 B/Zadanie nr 2

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Kurs 1 Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:  Zakres tematyczny: Liczba godzin:		

<input type="checkbox"/> Kurs 2		
Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:		
Zakres tematyczny:		
Liczba godzin:		
<input type="checkbox"/> Kurs 3		
Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:		
Zakres tematyczny:		
Liczba godzin:		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

### 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:	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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:

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu wzroku)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do:\* ..... stopni

w oku prawym do:\* ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  nie dotyczy

w oku lewym wynosi:\* .....

w oku prawym wynosi: \* .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą:  tak  nie

f) Pacjent jest osobą niedowidzącą:  tak  nie

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza okulisty

\*Prosimy o wypełnienie pkt 3b według stopni oraz pkt 3c według skali Snellena

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Włocławku

Maciej Barakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Włocławku

Agata Sedzian

.....  
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

.....  
 (data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
**(osoby z dysfunkcją narządu ruchu)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych, objawiająca się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
 (miejscowość) (data)

\* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

.....  
 pieczętą, nr i podpis lekarza\*

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum Pomocy  
 Rodzinie w Wolęminie

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
 w Wolęminie

Agata Jedzian



Wniosek nr:



Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar B – Zadanie nr 5  
dofinansowanie utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu  
elektronicznego, zakupionego w ramach programu

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE 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.

 Nie dotyczy

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

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

**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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

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.

- 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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;*

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 B/Zadanie nr 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup części zamiennych Proszę wymienić części zamienne:		
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:		
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu		
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego		
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji		
<input type="checkbox"/> Inne Proszę wymienić inne koszty:		
<b>Razem:</b>		
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>		
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>		

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem sprzętu elektronicznego upłynął:

 tak  nie

Czy posiadany sprzęt elektroniczny był naprawiany:

 tak  nie

Czy gwarancja na naprawę upłynęła:

 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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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:

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Burskowiak*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Agata Łędzian*

Wniosek nr:

Załącznik Nr 8 do Zarządzenia Nr 3/2020  
Dyrektora PCPR z dnia 09.03.2020r  
Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 1



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:  
Nr sprawy:

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar C – Zadanie nr 1  
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE 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.

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

- 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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

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

Posiadam wózek inwalidzki elektryczny:

tak  nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:

tak  nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;*

- 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 1

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym: Typ: <input type="checkbox"/> wózek jednoosobowy <input type="checkbox"/> wózek dwuosobowy		
Model:  <input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie		
Jakże, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):		
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON:		
<b>Razem:</b>		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

## 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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Włocławku  
*Marek Durakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Włocławku  
*Agata Nedzian*

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że :

**(prosimy zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:</b> <b><u>(prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</u></b>		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza*
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja	
<b>W przypadku Pacjenta:</b> <b><u>(prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)</u></b>		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza*
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.	

*Prosimy o wypełnienie także drugiej strony*

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:  
 (prosimy zakreślić właściwe pola )

<input type="checkbox"/>	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie:</b>

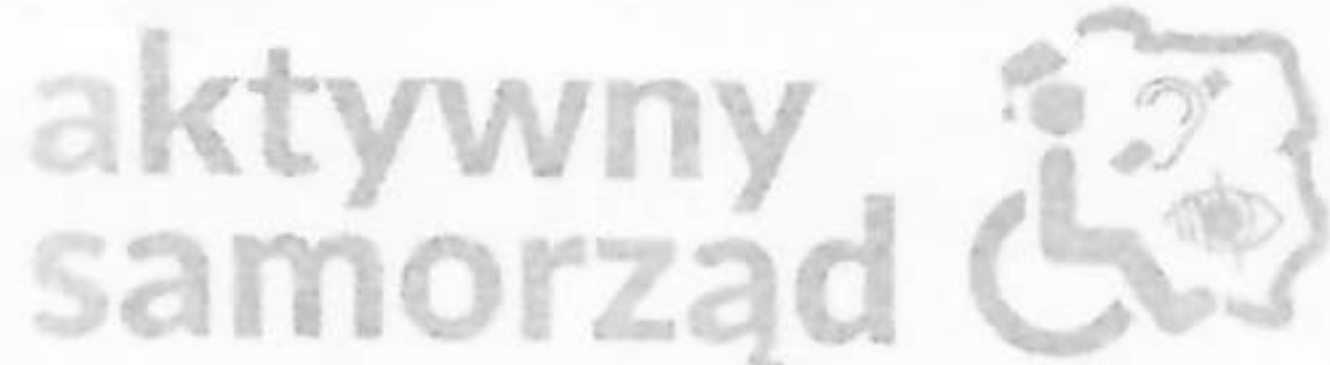
\* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum Pomocy  
 Rodzinnej w Wolominie  
 Maciej Szrakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinnej  
 w Wolominie

Agata Bedzian

Wniosek nr:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego 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

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

## ADRES KORESPONDENCYJNY

 Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE 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.

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

**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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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)

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 2

- 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

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 2

### 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:	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

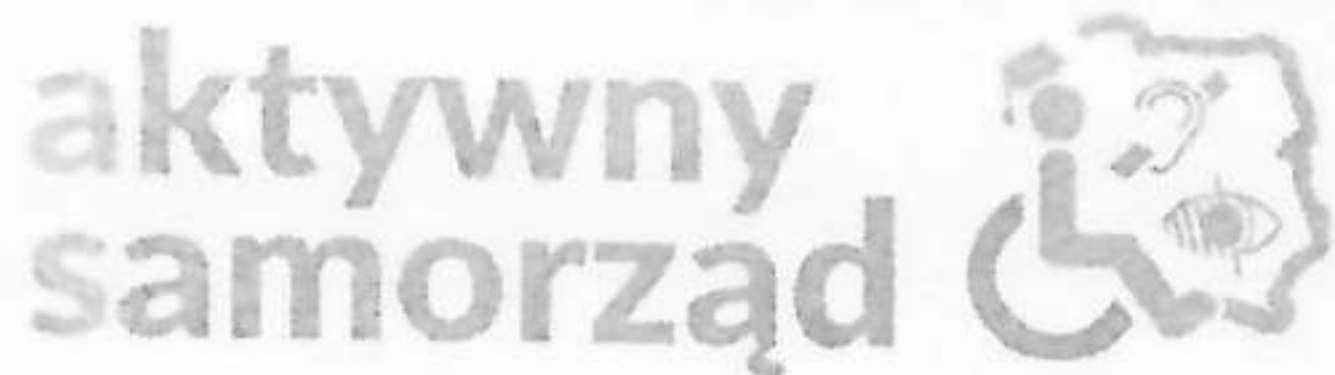
Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez 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:

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 3



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:  
Nr sprawy:

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar C – Zadanie nr 3  
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania  
techniczne

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

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

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek 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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

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.

- 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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;*

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 3

**Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:**

- nie dotyczy  
 w zakresie ręki  
 przedramienia  
 ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

**Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:**

- nie dotyczy  
 w zakresie ręki  
 przedramienia  
 ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

**Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:**

- nie dotyczy  
 na poziomie podudzia  
 na wysokości uda (także przez staw kolonowy)  
 uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

**Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:**

- nie dotyczy  
 na poziomie podudzia  
 na wysokości uda (także przez staw kolonowy)  
 uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup protezy		
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON		
<b>Razem:</b>		

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

## INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Przyczyna amputacji kończyny:	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
Posiadam protezę:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Od roku:	
Rodzaj/opis techniczny:	
Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Data:	
W ramach:	
Data:	
W ramach:	

## 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:	

## ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka: .....

Aktualny stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza\*


\* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

DYREKTOR ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wiercynie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wiercynie  
Maciej Burakowski Agata Nędzian





Wniosek nr:

**aktywny samorząd** 

Data wpływu:

Nr sprawy:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 4

Załącznik Nr 11 do Zarządzenia Nr 3/2020 Dyrektora PCPR z dnia 09.03.2020r.



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar C – Zadanie nr 4  
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której  
zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

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

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek 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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)” w 2020 r.”.

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.

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup elementów zamiennych Proszę wymienić elementy zamienne:		
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:		
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu		
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego		
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji		
<input type="checkbox"/> Inne Proszę wymienić inne koszty:		
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON		
<b>Razem:</b>		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		



**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Nazwa pola	Zawartość
Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym
Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym
Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Przyczyna amputacji kończyny:	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy posiadana proteza była naprawiana:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy gwarancja na naprawę upłynęła:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Data:	
W ramach:	
Data:	
W ramach:	

**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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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:

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wolominie

.....  
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia .....  
 (miejsowość) (data)

pieczętą, nr i podpis lekarza\*  
 DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum Pomocy  
 Rodzinie w Wołominie  
 Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie  
 Agata Fedzian

\* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

## Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” – C4 O

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem  
[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprwolomin.pl](http://www.pcprwolomin.pl)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

Opis problemu: .....

Co trzeba zrobić: .....

### Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
					<b>Suma (w zł)</b>	

### Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla Wnioskodawcy/prac naprawczych

L. p	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
				<b>Suma (w zł)</b>

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolominie  
Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wolominie  
Agata Żędzian

## Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” - C4 K

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem  
[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprwolomin.pl](http://www.pcprwolomin.pl)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....

Poziom amputacji: .....

Opis problemu .....

Co zostało zrobione: .....

### Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
					<b>Suma (w zł)</b>	

### Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy/prac naprawczych


L. p	Nazwa elementu/ czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			<b>Suma (w zł)</b>	

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie  
*Agata Gędzian*

Wniosek nr:

**aktywny samorząd** 

Data wpływu:

Nr sprawy:

Załącznik Nr 12 do Zarządzenia Nr 3/2020 Dyrektora PCPR z dnia 09.03.2020r.  
Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 5



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar C – Zadanie nr 5  
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  
lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE 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.

 Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> 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

**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
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

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

Posiadam wózek inwalidzki ręczny:

- tak  nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:

tak  nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Trzykołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Czterokołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie Jakże, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):		
<b>Razem:</b>		

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

**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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

*[Signature]*

6. Ponadto - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

**Proszę zakreślić właściwe pola**

1. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

tak                       nie

2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej:

tak                       nie

3. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

tak                       nie

4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

tak                       nie

5. Brak przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym\*:

tak                       nie

....., dnia .....

(mięscowość )

(data)

.....

( pieczętka, nr i podpis lekarza\*\* )

\* odpowiednie podkreślić

\*\* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Włocławku  
Maciej Durakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Włocławku  
Agata Żedzian

Wniosek nr:



Data wpływu:  
Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar D  
pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki  
dla osoby zależnej**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

**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 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

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA 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 niezatrudniony)  
 zatrudniony

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC**

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

**OBECNIE DZIECKO/PODOPIECZNY 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
<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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

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.*

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 miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12] / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 D**

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		Liczba miesięcy	Zakres dat (od dnia do dnia)	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ŁĄCZNIE**

Nazwa pola	Zawartość
Cena brutto (w zł) za wskazany okres pobytu:	
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł):	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	

**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:	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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:

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wolominie

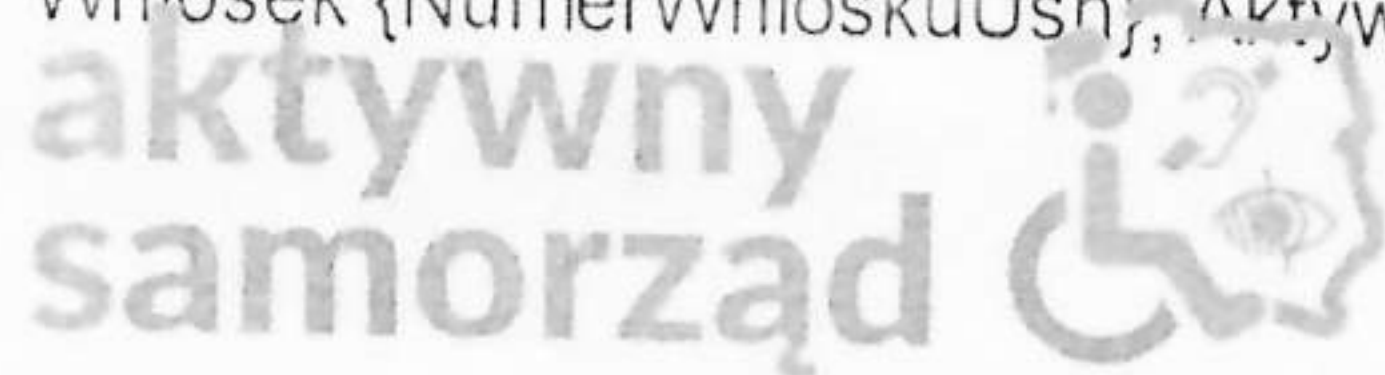
Strona 6 z 6

*Marek Barakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wolominie

*Agata Wędzian*

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, Aktywny samorząd – Moduł II



Data wpływu: {DataWyslania}  
 Nr sprawy: {NumerWnioskuUsn}

**Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**

**WNIOSEK „M-II”  
 o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
 „Aktywny samorząd”**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
 WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	{CbxWImieniu1} we własnym imieniu {CbxWImieniu2} jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego {CbxWImieniu3} jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	{Imie}
Drugie imię:	{DrugieImie}
Nazwisko:	{Nazwisko}
PESEL:	{Pesel}
Data urodzenia:	{DataUrodzenia}
Płeć:	{CbxPlecK} kobieta {CbxPlecM} mężczyzna
Nr telefonu:	{Telefon}
Adres e-mail:	{Mail}

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	{ZamieszWojewodztwo}
Powiat:	{ZamieszPowiat}
Ulica:	{ZamieszUlica}
Nr domu:	{ZamieszBudynek}
Nr lokalu:	{ZamieszLokal}
Miejscowość:	{ZamieszMiasto}
Kod pocztowy:	{ZamieszKod}
Poczta:	{ZamieszPoczta}
Rodzaj miejscowości:	{CbxMiasto2} miasto powyżej 5 tys. mieszkańców {CbxMiasto1} miasto do 5 tys. mieszkańców {CbxMiasto3} wieś

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

{CbxAdresTakiJakKoresp} Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	{KorespWojewodztwo}
Powiat:	{KorespPowiat}
Gmina:	{KorespGmina}
Ulica:	{KorespUlica}
Nr domu:	{KorespBudynek}
Nr lokalu:	{KorespLokal}
Miejscowość:	{KorespMiasto}
Kod pocztowy:	{KorespKod}
Poczta:	{KorespPoczta}

**DANE 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.

{CbxPdpNieDotyczy} Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	{PdpImie}
Drugie imię:	{PdpDrugielmie}
Nazwisko:	{PdpNazwisko}
PESEL:	{PdpPesel}
Data urodzenia:	{PdpDataUrodzenia}
Płeć:	{CbxPdpPlecK} kobieta {CbxPdpPlecM} mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	{CbxPonizej16T} tak {CbxPonizej16N} nie
Stopień niepełnosprawności:	{CbxSNZnacznym} znaczny {CbxSNUmiarkowanym} umiarkowany {CbxSNLekkim} lekki {CbxSNND} nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	{CbxOrzeczTerminN} bezterminowo {CbxOrzeczTerminT} okresowo – do dnia: {OrzeczDataDo}
Grupa inwalidzka:	{CbxGrInw1} I grupa {CbxGrInw2} II grupa {CbxGrInw3} III grupa {CbxGrInwND} nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	{CbxNiezdolnosc1} Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji {CbxNiezdolnosc2} Osoby całkowicie niezdolne do pracy {CbxNiezdolnosc3} Osoby częściowo niezdolne do pracy {CbxNiezdolnosc4} nie dotyczy

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, Aktywny samorząd – Moduł II

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

{CbxRn05} 05-R – narząd ruchu  
{CbxRn0501} wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  
{CbxRn0502} dysfunkcja obu kończyn górnych

{CbxRn04} 04-O – narząd wzroku  
{CbxRn0401} osoba niewidoma  
{CbxRn0402} osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

{CbxRn01} 01-U – upośledzenie umysłowe  
{CbxRn02} 02-P – choroby psychiczne  
{CbxRn03} 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

{CbxRn0301} osoba głucha  
{CbxRn0302} osoba głuchoniema

{CbxRn06} 06-E – epilepsja  
{CbxRn07} 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia

{CbxRn08} 08-T – choroby układu pokarmowego  
{CbxRn09} 09-M – choroby układu moczowo-płciowego

{CbxRn10} 10-N – choroby neurologiczne  
{CbxRn11} 11-I – inne: {Niepełnosprawnosclnna}

{CbxRn12} 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	{CbxNiepełnosprawnosSprzezonaT} tak {CbxNiepełnosprawnosSprzezonaN} nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	{CbxNiepełnosprawnosPrzyczyn2} 2 przyczyny {CbxNiepełnosprawnosPrzyczyn3} 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.

{CbxAktZawod1} nie dotyczy

{CbxAktZawod2} nieaktywna/y zawodowo

{CbxAktZawod3} bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): {BezrobotnyOd}

{CbxAktZawod4} poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)

{CbxAktZawod7} zatrudniony

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia
{CbxFormaZatrudnienia1} stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	{FormaZatrudnienia1ZatrudnionyOd}
{CbxFormaZatrudnienia2} stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	{FormaZatrudnienia2ZatrudnionyOd}
{CbxFormaZatrudnienia3} umowa cywilnoprawna	{FormaZatrudnienia3ZatrudnionyOd}
{CbxFormaZatrudnienia4} staż zawodowy	{FormaZatrudnienia4ZatrudnionyOd}
{CbxFormaZatrudnienia5} działalność gospodarcza	{FormaZatrudnienia5ZatrudnionyOd}
{CbxFormaZatrudnienia6} działalność rolnicza	{FormaZatrudnienia6ZatrudnionyOd}

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:  
 {CbxPfronEdukacjaKorzystalTak} tak {CbxPfronEdukacjaKorzystalNie} nie

Data otrzymania dofinansowania (dzień, miesiąc, rok)	Rok studiów	Semestr	Forma studiów	Wydział	Kierunek
{TabelaCelePfronEdukacja}					

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie do edukacji w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie):

{CbxPfronInneKorzystalTak} tak {CbxPfronInneKorzystalNie} nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
{TabelaCelePfronInne}	

**Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu**

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

{CbxZbPfronT} tak {CbxZbPfronN} nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

{CbxZbRealT} tak {CbxZbRealN} 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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

{Zobowiazania}

Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli (tabela na stronie 8 i kolejnych) dofinansowanie (stypendium celowe, np. na pokrycie kosztów czesnego) z innych źródeł, tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych, innych:

{CbxInneZrodlaT} tak {CbxInneZrodlaN} nie

Jeżeli tak, należy podać rodzaj kosztu jaki został/zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać nazwę źródła i wysokości pomocy), formę, kierunek nauki, w ramach której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:

{RodzajKosztu}

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

{CbxRozwiazanieUmowyT} tak {CbxRozwiazanieUmowyN} nie

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU**

{CbxZrodloInformacji1} firma handlowa  
 {CbxZrodloInformacji2} media  
 {CbxZrodloInformacji3} Realizator programu  
 {CbxZrodloInformacji4} PFRON  
 {CbxZrodloInformacji5} inne, jakie: {ZrodloInformacjiInne}

**ŚREDNI DOCHÓD**

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

{CbxGospodarstwoT} indywidualne {CbxGospodarstwoN} wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

{SredniDochodGospodarstwa}

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

{CbxZwolnienieDochody} 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).

**FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU**

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

{CbxTenSamSemestrT} tak {CbxTenSamSemestrN} nie

{LOOP\_I}

**{NrKierunku}**

{CbxFormaKszt1} jednolite studia magisterskie

{CbxFormaKszt2} studia pierwszego stopnia

{CbxFormaKszt3} studia drugiego stopnia

{CbxFormaKszt4} studia podyplomowe

{CbxFormaKszt5} studia doktoranckie

{CbxFormaKszt6} nauka w kolegium pracowników służb społecznych

{CbxFormaKszt7} nauka w kolegium nauczycielskim

{CbxFormaKszt8} nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych

{CbxFormaKszt9} nauka w szkole policealnej

{CbxFormaKszt10} nauka w uczelni zagranicznej

{CbxFormaKszt11} staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej

{CbxFormaKszt12} przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

{CbxFormaKszt13} szkoła doktorska

Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	{CbxNaukaIntT} tak {CbxNaukaIntN} nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	{CbxNaukaOdpIT} tak {CbxNaukaOdpIN} nie
Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:	{CbxNaukaWieleT} tak {CbxNaukaWieleN} nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	{CbxNaukaDojazdT} tak {CbxNaukaDojazdN} nie
Rok akademicki/szkolny:	{SzkRokAkademicki}
Semestr nauki:	{SzkSemestrNauki}
Data rozpoczęcia semestru:	{SzkDataRozpoczeciaSemestru}
Data zakończenia semestru:	{SzkDataZakonczeniaSemestru}
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	{SzkLiczbaSemestrow}



Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	{SzkDataRozpoczeciaNauki}
{TextCzyDoktoranckie}:	{SzkDataZakonczeniaNauki}

### DANE UCZELNI/SZKOŁY {NrKierunku}

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	{CbxUczelnia1} uczelnia wyższa {CbxUczelnia3} uczelnia wyższa zagraniczna {CbxUczelnia2} inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	{UczelniaNazwa} {UczelniaNazwaZagraniczna}
Dane adresowe szkoły (uczelnia wyższa zagraniczna):	{UczelniaZagranicznaAdresowe}
Pełna nazwa szkoły (uczelnia inna):	{UczelniaNazwaInna}
Województwo:	{SzkWojewodztwo}
Powiat:	{SzkPowiat}
Miejscowość:	{SzkMiejscowosc}
Kod pocztowy:	{SzkKod}
Ulica:	{SzkUlica}
Nr budynku:	{SzkBudynek}
Telefon:	{SzkTelefon}
Adres WWW:	{SzkWww}
Wydział:	{SzkWydzial}
Kierunek:	{SzkKierunek}
Specjalność:	{SzkSpecjalnosc}

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:  
{CbxDoktorT} tak {CbxDoktorN} nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty:	{DoktorKoszt}
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	{DoktorInne}
Udział własny w kosztach opłaty:	{DoktorUdzial}
Wnioskowana kwota dofinansowania:	{DoktorKwota}

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):  
{CbxNaukaT} tak {CbxNaukaN} nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	{NaukaKoszt}
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	{NaukaInne}
Udział własny w kosztach opłaty:	{NaukaUdzial}
Wnioskowana kwota dofinansowania:	{NaukaKwota}

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:  
{CbxDodatekT} tak {CbxDodatekN} nie

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, Aktywny samorząd – Moduł II

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie wnioskowanej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)
  - b) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)
  - c) Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 75 % kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
  - b) Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 50% kwoty wnioskowanej w przypadku gdy:
  - a) Wnioskodawca pobiera naukę na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji.

W kolumnie: "Wnioskowana kwota dofinansowania" Wnioskodawca wypełnia te wiersze, które go dotyczą.

Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia	Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu	Kwota wnioskowana
Podstawowa kwota dodatku (1.000 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.500 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):	1000 zł lub 1500 zł	{DodatekPodstawowa}
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wniosek o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW – wsparcie jednorazowe, tylko dla Wnioskodawców, którzy korzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy:	800 zł	{DodatekPodpisElektroniczny}
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	700 zł	{DodatekPCPR}
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	500 zł	{DodatekDojazd}
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny:	300 zł	{DodatekKarta}
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	300 zł	{DodatekWiele}
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	200 zł	{DodatekPrzyspieszony}
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2019 lub w 2020 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	300 zł	{DodatekPoszkodowany}
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	300 zł	{DodatekTlumacz}
Suma:	X	{DodatekSuma}

{/LOOP\_I}

### PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE KIERUNKI)

Nazwa pola	Zawartość
Całkowity koszt opłaty za naukę:	{PWRazemCena}
Udział własny:	{PWRazemUdział}
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:	{PWRazemNaukaKwota}
Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:	{PWRazemDodatekKwota}
Wnioskowana kwota dofinansowania razem:	{PWRazemKwota}
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	{PWProcentowyUdzialWlasny}
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	{PWProcentowyUdzialWKosztach}

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Nazwa pola	Zawartość
Średnia ocen:	{SredniaOcen}

**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:	{NumerKonta}
Nazwa banku	{NazwaBanku}

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

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

Lista
{NaborListaZalacznikow}

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU**

Lp.	Plik
{Tabela Pliki}	

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik
{Tabela UzupełnionePliki}	

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2020r., poz. 111), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie **wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (**zgodnie z przypisem nr 1**):

		Przeciętny miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

**Oświadczam, także że:**

1) przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie: .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.  
miejscowość ..... podpis Wnioskodawcy

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

### Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1387 z późn. zm.). Zgodnie z tym **artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne**.

**Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu 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 (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{Przeciętny miesięczny dochód netto} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\text{łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu} \\ \text{„Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na} \\ \text{stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Kielnie  
*Maciej Duda-Kowalski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Kielnie

*Agata Żędzian*

.....  
*pieczęć szkoły/uczelni*

## ZAŚWIADCZENIE

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni\* dla potrzeb PFRON  
 (pilotażowy program „Aktywny samorząd”)*

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

**rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w**.....

.....  
*(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)*

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

ile semestrów trwa nauka.....

Czy Pan/Pani powtarza rok nauki:  tak  nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki .....

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki:  tak  nie  
*(dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)*

Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie (indywidualny tok studiów):  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta ze spowolnienia toku studiów (indywidualny tok studiów) :  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:**

Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis:

DYREKTOR

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Kodzinie

Maciej Baranowski

ZASTĘPCA DYREKTORA

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

w Województwie Wielkopolskim

Agneta Zedriani

## OŚWIADCZENIE

**Dotyczące edukacji na poziomie wyższym, na które Wnioskodawca uzyskał pomoc finansową ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Ja niżej podpisany(a)

.....zamieszkały(a)  
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....  
miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania

Niniejszym oświadczam, iż do dnia złożenia wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł II” otrzymałem/am pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów nauki łącznie na ..... *semestrów/półroczy* różnych form kształcenia na poziomie wyższym\*.

....., dnia .....r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

\* warunek dotyczy także wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:

- a) „STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
- b) „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wągrowinie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wągrowinie  
*Agata Żedzian*

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w .....

nr PESEL .....

jest zatrudniony/a na stanowisku.....

Forma zatrudnienia (należy zaznaczyć odpowiednie):

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę
- umowa cywilnoprawna
- staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482, z późn. zm.)
- inna forma zatrudnienia (jaka): .....
- zatrudnienie na czas (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się) (należy zaznaczyć odpowiednio):
  - określony: od dnia ..... r. do dnia .....r.
  - nieokreślony: od dnia ..... r.

Pani/Pan korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów kształcenia (należy zaznaczyć odpowiednie):

- nie
- tak, w następującym zakresie:

nazwa szkoły/uczelni: .....

kierunek nauki: .....

wysokość pomocy finansowej .....(słownie: .....

.....)

w semestrze ..... roku akademickiego/szkolnego 20.... / 20....

.....  
(data, podpis i pieczęć imienna pracownika  
upowaznionego do wystawienia zaświadczenia)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wągrowinie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wągrowinie  
*Agata Łędzian*



Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I i II

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej także RODO), informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ \* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, w Wołominie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin reprezentowanym przez Dyrektora.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych można uzyskać pod numerem +48 22 776 44 95 lub adres e-mail: [sekretariat@pcprwolomin.pl](mailto:sekretariat@pcprwolomin.pl).
- 3) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- 4) Odbiorcą Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do treści danych;
  - sprostowania (poprawiania) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - ograniczenia przetwarzania danych;
  - przenoszenia danych;
  - sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym) oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy [sekretariat@pcprwolomin.pl](mailto:sekretariat@pcprwolomin.pl)
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* narusza przepisy RODO;
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest:
  - warunkiem udziału w zadaniach realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie i wynika z przepisów prawa,
  - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie.Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie.
- 10) Podane przez Pana/Panią dane osobowe będą przechowywane w formie papierowej oraz elektronicznej za pomocą Systemu Obsługi Wsparcia Finansowanego ze środków PFRON.



# OŚWIADCZENIE

## O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....

( imię i nazwisko oraz PESEL )

.....

( imię i nazwisko dziecka/podopiecznego\* oraz PESEL )

Zapoznałem(am) się z informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/ podopiecznego\* przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celach związanych z realizacją dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu " Aktywny samorząd".

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

\*właściwe podkreślić

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie

*Maciej Białkowski*

.....  
M. G. CA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

**Wypełnia Realizator programu**

**Wzór nr 1 C1\_S1**

Pieczęć Realizatora programu:	Data skierowania:
-------------------------------	-------------------

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 1**  
(pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym)

**C1 - SKIEROWANIE DO OPINII EKSPERTA PFRON**

Do skierowania Realizator programu dołącza kopie: zaświadczenia lekarskiego (załącznik do wniosku o dofinansowanie),  
dwóch niezależnych ofert zakupu wózka oraz kopię tej części wniosku, która wskazuje uzasadnienie potrzeby wnioskowanego zakupu,  
specyfikację zakupu, wnioskowaną kwotą dofinansowania oraz informacje uzupełniające

**UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:**

Na wizytę Wnioskodawca dostarcza posiadaną dokumentację medyczną dot. Wnioskodawcy lub jego podopiecznego, związaną ze stanem zdrowia, a także dokumenty potwierdzające wykształcenie/przebieg pracy zawodowej Wnioskodawcy lub jego podopiecznego (w zależności od tego, kogo dotyczyć ma pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym).

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO** (przyszłego Beneficjenta pomocy):

Imię i nazwisko .....

PESEL:

Wypełnia Realizator programu - Wnioskodawca lub jego podopieczny po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy lub edukację/naukę (oczekiwania Wnioskodawcy):

.....  
.....  
.....

Ocena ww. planu przez Realizatora programu: .....

Uwagi Realizatora programu:

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Baranowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Agata Żędzian*

Wypełnia Realizator programu

Wzór nr 1 C3\_S1

<b>Pieczęć Realizatora programu:</b>  Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora	<b>Data skierowania:</b>
--	--------------------------

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 3** pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

**C3 - SKIEROWANIE NA BADANIE WSTĘPNE NR.....**

Do skierowania na badanie wstępne Realizator programu dołącza kopie dwóch ofert niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (protezowni), które zostały przygotowane zgodnie z obowiązującym wzorem i dołączone przez Wnioskodawcę do wniosku

**UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:**

Na badanie wstępne Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą (tymczasową lub ostateczną).

Powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia i ewentualnym przebiegiem protezowania,
- dokumenty potwierdzające wykształcenie i przebieg pracy zawodowej.

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty – seria\_numer .....

PESEL:

NR TELEFONU .....

E-MAIL ..... (O ILE DOTYCZY)

Wywiad zawodowy przeprowadzony przez Realizatora programu - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy (oczekiwania Wnioskodawcy):

.....  
.....  
.....

Ocena ww. planu przez Realizatora programu: .....

**Uwagi Realizatora programu:**

Sporządził/a: ....., kontakt telefoniczny:.....

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie

Maciej Brakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Zędzian

Wypełnia Realizator programu

Wzór nr 3 – C3\_S2

Pieczęć Realizatora programu:	Data skierowania:
Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora	
Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” - <b>Obszar C Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)	
<b>C3 - SKIEROWANIE NA DRUGĄ WIZYTĘ NR .....</b> do umowy o dofinansowanie nr ..... z dnia .....	
Do skierowania na badanie Realizator programu dołącza kopię dokumentu pn. „Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd”, który został przygotowany zgodnie z obowiązującym wzorem i przedstawiony przez Wnioskodawcę do rozliczenia udzielonego dofinansowania ze środków PFRON	
<b>UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:</b>	
Badanie jest dla Wnioskodawcy obowiązkowe. Na badanie Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości). Wnioskodawca powinien także dostarczyć:	
<ul style="list-style-type: none"><li>- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia,</li><li>- dokumenty związane z ewentualną aktywnością zawodową od czasu pierwszej wizyty.</li></ul> Podczas wizyty ekspert PFRON ocenia:	
<ul style="list-style-type: none"><li>- funkcjonalność wykonanych protez/y w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/ podjęciem/ kontynuowaniem pracy,</li><li>- zgodność poziomu jakości wykonanych protez/y (użyte rozwiązania, materiały, komponenty).</li></ul>	
<b>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:</b>	
Imię i nazwisko .....	
Dowód osobisty – seria_numer .....	
PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NR TELEFONU .....
	E-MAIL ..... (O ILE DOTYCZY)
Zgłoszone przez Wnioskodawcę zmiany dot. wywiadu zawodowego przeprowadzonego przez Realizatora programu przed badaniem wstępnym - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć (oczekiwania Wnioskodawcy)/podjął nizej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy: .....	
.....	
Ocena ww. planu przez Realizatora programu: .....	
.....	
<b>Uwagi Realizatora programu:</b>	
Sporządził/a: ....., kontakt telefoniczny:.....	

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
Maciej Baranowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
Agata Łędzian

**Wypełnia Realizator programu**

**Wzór nr 2 - C4\_S1**

<b>Pieczęć Realizatora programu:</b>  Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora	<b>Data skierowania:</b>
--	--------------------------

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 4** pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

**C4 – SKIEROWANIE NA BADANIE WSTĘPNE NR.....**

Do skierowania na badanie wstępne Realizator programu dołącza kopie dwóch ofert niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (protezowni), które zostały przygotowane zgodnie z obowiązującym wzorem i dołączone przez Wnioskodawcę do wniosku

**UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:**

Na badanie wstępne Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą.

Powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia i ewentualnym przebiegiem protezowania,
- dokumenty potwierdzające wykształcenie i przebieg pracy zawodowej.

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty – seria\_numer .....

PESEL:

NR TELEFONU .....

E-MAIL ..... (O ILE DOTYCZY)

Wywiad zawodowy przeprowadzony przez Realizatora programu - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy (oczekiwania Wnioskodawcy):

Ocena ww. planu przez Realizatora programu: .....

Uwagi Realizatora programu:

Sporządził/a: ....., kontakt telefoniczny:.....

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie  
Marek Burdowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie  
Agata Łędzian

**Wypełnia Realizator programu**

**Wzór nr 4 – C4\_S2**

<b>Pieczęć Realizatora programu:</b>  Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora	<b>Data skierowania:</b>
--	--------------------------

Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 4** tj. pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

**C4 - SKIEROWANIE NA DRUGĄ WIZYTĘ NR .....**  
**do umowy o dofinansowanie nr ..... z dnia .....**

Do skierowania na badanie Realizator programu dołącza kopię dokumentu pn. „Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”, który został przygotowany zgodnie z obowiązującym wzorem i przedstawiony przez Wnioskodawcę do rozliczenia udzielonego dofinansowania ze środków PFRON

**UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:**

**Badanie jest dla Wnioskodawcy obowiązkowe.** Na badanie Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości). Wnioskodawca powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia,
- dokumenty związane z ewentualną aktywnością zawodową od czasu pierwszej wizyty.

Podczas wizyty ekspert PFRON ocenia:

- funkcjonalność wykonanych protez/y w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/ podjęciem/ kontynuowaniem pracy,
- zgodność poziomu jakości wykonanych protez/y (użyte rozwiązania, materiały, komponenty).

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty – seria\_numer .....

PESEL:

NR TELEFONU .....

E-MAIL ..... (O ILE DOTYCZY)

Zgłoszone przez Wnioskodawcę zmiany dot. wywiadu zawodowego przeprowadzonego przez Realizatora programu przed badaniem wstępnym - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć (oczekiwania Wnioskodawcy)/podjął niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy:

.....  
.....

Ocena ww. planu przez Realizatora programu: .....

.....

Uwagi Realizatora programu:

Sporządził/a: ....., kontakt telefoniczny:.....

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie  
Maciej Baranowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie  
Agata Żędzian

## REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW

związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania dotyczące realizacji Obszar A Zadanie 2 i 3 oraz na badanie w celu wydania opinii eksperta dotyczącej realizacji Obszar C Zadanie 1, 3 i 4 w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### § 1 Informacje ogólne

1. W ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” istnieje możliwość zwrotu kosztów:
  - 1) związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania wnioskodawcy w Obszarze A Zadanie 2 i 3 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy;
  - 2) dojazdu wnioskodawcy na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON w ramach:
    - a) Obszaru C Zadanie 1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
    - b) Obszaru C Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości),
    - c) Obszaru C Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości).
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie:
  - 1) faktury VAT, rachunków lub innych dokumentów księgowych, gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie jest możliwe wystawienie faktury VAT – w przypadku kosztów związanych z zakwaterowaniem i wyżywieniem podczas trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania;
  - 2) wykorzystanych biletów jednorazowych lub oświadczenia wnioskodawcy o wykorzystaniu na ten cel samochodu prywatnego – w przypadku kosztów związanych z dojazdem na zajęcia kursu prawa jazdy lub na badanie do eksperta PFRON.
3. Maksymalna łączna kwota zwrotu kosztów nie może przekroczyć:
  - 1) 800 zł w Obszarze A Zadanie 2 i Zadanie 3;
  - 2) 200 zł w Obszarze C Zadanie 1, 3 i 4.
4. Koszty dojazdu na kurs prawa jazdy oraz na badanie do eksperta PFRON komunikacją zbiorową są zwracane tylko do równowartości kwot biletów II klasy środkami transportu zbiorowego (PKP, PKS, przewoźnik prywatny i inne) na danej trasie.
5. Koszty dojazdu samochodem prywatnym będą rozliczane na podstawie liczby kilometrów na danej trasie pomnożonej przez wysokość stawki za kilometr, określonej w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych



samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r., Nr 27, poz. 271 z późn. zm.).

6. Warunkiem zwrotu kosztów dojazdu na badanie do eksperta PFRON w Obszarze C Zadanie 1, 3 i 4 jest otrzymanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie opinii wydanej przez eksperta, jako potwierdzenie przeprowadzenia badania.

7. **Nie będą refundowane:**

1) koszty rezerwacji miejsca i przejazdu pociągiem Express Intercity, Euro City i przejazdów klasą 1 – w takich przypadkach refundacja będzie pomniejszona do wysokości kosztów przejazdu pociągiem pospiesznym/TLK kl. 2 na tej samej trasie, określonych na podstawie wydruku z systemu informacji elektronicznej PKP (www.rozklad-pkp.pl);

2) koszty przejazdu taksówką.

## § 2 Procedura wypłaty środków

1. W celu uzyskania zwrotu kosztów związanych z zakwaterowaniem / wyżywieniem / dojazdem na zajęcia kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania lub dojazdem na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON wnioskodawca składa Wniosek o zwrot kosztów wraz z kompletem wymaganych dokumentów, osobiście lub pocztą, na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin.
2. Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć w terminie 7 dni od daty zakończenia kursu prawa jazdy lub od daty wizyty u eksperta PFRON.
3. Zwrot kosztów nastąpi na wskazany przez wnioskodawcę numer rachunku bankowego. W przypadku, gdy wnioskodawca nie posiada konta bankowego, środki będą przesłane przekazem pocztowym na adres zamieszkania, przy czym zostaną one pomniejszone o wysokość opłaty za przekaz pocztowy.
4. W przypadku nie możliwości skorzystania z komunikacji zbiorowej, wnioskodawca składa oświadczenie dotyczące zwrotu kosztów za dojazd samochodem prywatnym.
5. Po sprawdzeniu kompletności i poprawności dokumentacji, Dyrektor PCPR zatwierdza wypłatę środków.
6. Złożenie niekompletnego wniosku o zwrot kosztów lub przekroczenie siedmiodniowego terminu, o którym mowa w ust. 2, spowoduje odmowę zwrotu kosztów.
7. PCPR, jako Realizator pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zastrzega sobie możliwość rozpatrzenia negatywnie wniosku o zwrot kosztów, o ile nie posiada środków finansowych PFRON.
8. PCPR ma prawo sprawdzić wiarygodność danych podanych przez wnioskodawcę, zwracając się o dodatkowe dokumenty i wyjaśnienia lub sprawdzając dane w odpowiednich instytucjach.

## § 3. Postanowienia końcowe

1. Wnioskodawca, ubiegający się o zwrot kosztów, jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu, przedstawiania wymaganych dokumentów oraz udzielania wyczerpujących informacji.

Wykaz wymaganych dokumentów do rozliczenia zwrotu kosztów:

Zwrot kosztów zakwaterowania	Wniosek o zwrot kosztów
	Faktury VAT, rachunki lub inne dokumenty księgowych
Zwrot kosztów wyżywienia	Wniosek o zwrot kosztów
	Faktury VAT, rachunki lub inne dokumenty księgowych
Zwrot kosztów dojazdu - Wnioskodawca dojeżdża komunikacją zbiorową (autobusem/tramwajem/busem/koleją)	Wniosek o zwrot kosztów
	Bilety
Zwrot kosztów dojazdu - Wnioskodawca dojeżdża samochodem prywatnym	Wniosek o zwrot kosztów
	Oświadczenie o zwrocie kosztów za dojazd samochodem prywatnym

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW**

Ja niżej podpisany/a ..... przedkładam dokumenty uprawniające do zwrotu kosztów związanych z zakwaterowaniem / wyżywieniem\* / dojazdem na zajęcia kursu prawa jazdy\* / dojazdem na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON\* w terminie .....

organizowanych w ramach Modułu I Obszar A Zadanie 2 i Zadanie 3\* / Obszar C Zadanie 3\* / Obszar C Zadanie 4\* pilotażowego projektu „Aktywny samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

- A. Zwrot kosztów zakwaterowania\* / wyżywienia\* / dojazdu\*.
- B. Zwrot kosztów przejazdu na trasie: ..... liczba km .....
- C. Środek transportu:  
samochód prywatny\* / PKS\* / PKP\* / komunikacja miejska\*
- D. Zwrot kosztów:  
na konto bankowe\* / przekazem pocztowym\*
- E. Dane do przelewu:

<b>Imię i nazwisko posiadacza konta</b>	
<b>Adres</b>	
Nr rachunku bankowego	

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem zwrotu kosztów, dostępnym na BIP PCPR w Wołominie oraz w siedzibie Realizatora, związanym z realizacją zadań w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.  
Powyższe oświadczenie składam świadoma/y, iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności.

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/podpis Wnioskodawcy/

Należna kwota zwrotu poniesionych kosztów wynosi ..... zł.

.....  
/pieczętka i podpis pracownika PCPR/

\* niepotrzebne skreślić

4  

## OŚWIADCZENIE o zwrocie kosztów za dojazd samochodem prywatnym

Ja niżej podpisany/a ..... niniejszym oświadczam, że przyjeżdżałem/am na zajęcia kursu prawa jazdy\* / na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON\* w terminie ....., organizowane w ramach Modułu I Obszar A Zadanie 2 i Zadanie 3\* / Obszar C Zadanie 3\*/ Obszar C Zadanie 4\* pilotażowego projektu „Aktywny samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, prywatnym samochodem marki ..... o numerze rejestracyjnym ..... o pojemności silnika do 900 cm<sup>3</sup> / powyżej 900 cm<sup>3</sup>.

Zwrot kosztów dotyczy przejazdu na trasie:

..... liczba km .....

Proszę o zwrot poniesionych kosztów dojazdu w wysokości równowartości kwoty stanowiącej iloczyn liczby kilometrów i stawki za kilometr, określonej w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r., Nr 27, poz. 271 z późn. zm.), co stanowi kwotę ..... zł (słownie:

..... złotych)

Powyższe oświadczenie składam świadomy/a, iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności.

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/podpis Wnioskodawcy/

\* niepotrzebne skreślić

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Barakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Agata Żedron*