

**Zarządzenie Nr 30/2019**  
**Dyrektora Powiatowego Centrum**  
**Pomocy Rodzinie w Wołominie**  
**z dnia 29.07.2019 r.**

w sprawie: wprowadzenia zmian we wzorach wniosków i formularzy związanych z realizacją pilotażowego Programu „Aktywny samorząd” Moduł I.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zatwierdzonego uchwałą nr 11/2018 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 10 grudnia 2018 r., Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku, będących załącznikiem do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r. oraz w związku z Porozumieniem nr O-07/39/AS/2012 zawartym w dniu 27.06.2012 r. oraz Aneksem Nr 1 do w/w Porozumienia zawartym w dniu 5.07.2012 r. zarządzam, co następuje:

§ 1

W związku z podjęciem uchwały nr 49/2019 w dniu 17 lipca 2019 r. przez Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dotyczącej zmian w dokumencie „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd””, w Zarządzeniu Nr 3/2019 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 15.03.2019 r. wprowadza się następujące zmiany:

- 1) zmienia się załączniki nr 3 i nr 4 do powyższego zarządzenia, nadając im brzmienie określone w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego zarządzenia
- 2) dodaje się załącznik nr 2g do formularza wniosku, nadając mu brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia
- 3) wprowadza się do stosowania wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” - Specyfikacja przedmiotu dofinansowania **Moduł I/Obszar C/Zadanie 1**, nadając jej brzmienie określone w załączniku nr 4 niniejszego zarządzenia.

§ 2

Pozostałe postanowienia Zarządzenia Nr 3/2019 z dnia 15.03.2019 r. pozostają bez zmian.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie w Wołominie  
*Maciej Buzakowski*

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

RADCA PRAWNY  
*Mariusz Kaim*



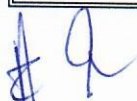




ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – <b><i>dotyczy tylko Modułu I</i></b>		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (nie dotyczy pomocy do uzyskania wykształcenia ze środków PFRON w ramach programów PFRON: STUDENT, STUDENT II oraz AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II, <u>tylko innych zadań finansowanych ze środków PFRON</u> )		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, która uzyskała środki PFRON)	Wysokość otrzymanego wsparcia (w zł)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Razem uzyskane dofinansowanie:		
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....		
.....		
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		





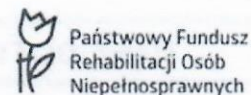
## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym). Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku ( należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego, należy wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia).	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność) ? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeśli „tak”, należy dołączyć właściwą dokumentację).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie .....



Pieczęć wpływu PCPR



program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK „O” - wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego****o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie 1</b> - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 1</b> - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 2</b> - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 4</b> - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 5</b> - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 1</b> - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 2</b> - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 5</b> - pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

**1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym\* (właściwe podkreślić) - należy wypełnić wszystkie pola****DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** rodzic dziecka  opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

PESEL  (a w przypadku braku nr PESEL) - cechy dokumentu

potwierdzającego tożsamość ..... nr .....

Płeć:  kobieta  mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**Kod pocztowy  -  ..... (poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  ..... (poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

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

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

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

**Adres korespondencyjny:** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

AA



## DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

## DANE PERSONALNE

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia: ..... r.

PESEL            Pełnoletni:  tak  niePłeć:  kobieta  mężczyzna

## MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -   .....

(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Powiat .....

Województwo .....

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

 całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

 NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:  NARZĄD WZROKU 04-O

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji): .....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji): .....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

 osoba niewidoma osoba niedowidząca osoba głuchoniewidoma INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): 01-U upośledzenie umysłowe 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 07-S choroby układu oddechowego i krążenia 09-M choroby układu moczowo - pęciowego 11-I inne - OSOBA GŁUCHA 02-P choroby psychiczne 06-E epilepsja 08-T choroby układu pokarmowego 10-N choroby neurologiczne 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AR



OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWA I ADRES PLACÓWKI		
Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y* <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy* <input type="checkbox"/> nie dotyczy *W przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowane zaświadczenie		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Nazwa pracodawcy: ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <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 NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....	

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....		
.....		
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		



Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie, w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, która uzyskała środki PFRON)	Wysokość otrzymanego wsparcia ( w zł )
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>		

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórneho/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku ( należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego, należy wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia).	..... ..... ..... .....
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy podopieczny w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeśli „tak”, należy dołączyć właściwą dokumentację).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....
7) Czy wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Handwritten signature or initials.



.....  
 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*

A a



**Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:**

**(prosimy zakreślić właściwe pola )**

<input type="checkbox"/>	<b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	<b>wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, <b>w tym:</b>
<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, przeciwodleżynowe, 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



**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 1 STRONA 5**

<b>Specyfikacja zakupu WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM</b>
<b>Model (nazwa) wózka:</b>
<b>Dodatkowe wyposażenie wózka (wymienić):</b>

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Dodatkowe wyposażenie		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**6. Informacje uzupełniające**

Wnioskodawca /podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL..... zakupiony ze środków:	Rok nabycia: .....r. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
• jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
• Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

\* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  tak -  nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także [www.wolomin.naszepcpr.pl](http://www.wolomin.naszepcpr.pl),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:  tak -  nie,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** 10% ceny brutto),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.



Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia ..... /..... /20..... r. ....  
**podpis Wnioskodawcy**

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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia / niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2g do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Faktura proforma na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie inwalidzkim ze szczegółową specyfikacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia/skan orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	