

Zarządzenie Nr 6/2015  
Dyrektora Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie w Wołominie  
z dnia 26.02.2015

w sprawie: wprowadzenia Zasad postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd” oraz wzorów wniosków o przyznanie dofinansowania

Na podstawie § 8 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (Uchwała Nr III-114/09 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 5 sierpnia 2009 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie) w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz w związku z Porozumieniem nr O-07/39/AS/2012 zawartym w dniu 27.06.2012r., Aneksem nr 1 do Porozumienia nr O-07/39/AS/2012 z dnia 27.06.2012r. zawartym w dniu 05.07.2012r., 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) **Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”** zgodnie z dokumentem: Załącznik nr 1 do uchwały nr 14/2014 Zarządu PFRON z dnia 21 lutego 2014 r. w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd”, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia;

1a) **Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2015 roku** zgodnie z dokumentem: Załącznik do uchwały nr 13/2015 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2015 r.; w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1a** do niniejszego zarządzenia.

1b) **Treść programu i warunki uczestnictwa w programie**, w brzmieniu określonym w **załącznik nr 1b** do niniejszego zarządzenia.

1c) **Minimalna liczba punktów uprawniająca do uzyskania dofinansowania**, w brzmieniu określonym w **załączniku 1c** do niniejszego zarządzenia.

1d) **Regulamin zwrotu kosztów** związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania dotyczące realizacji obszaru A zadanie 2 oraz na badanie w celu wydania opinii eksperta dotyczącej realizacji obszar C zadanie 3 i 4 w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1d** do niniejszego zarządzenia.”

- 2) Wzór Wniosku „P” – Część A (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 2a, nr 2b, nr 2c, nr 3, nr 4 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia;
- 3) Wzór Wniosku „O” – Część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 2a, nr 2b, nr 2c, nr 3 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia;
- 5) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 5** do niniejszego zarządzenia;
- 6) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 6** do niniejszego zarządzenia;
- 7) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 7** do niniejszego zarządzenia;
- 8) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 8** do niniejszego zarządzenia;
- 9) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar D**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 9** do niniejszego zarządzenia;
- 10) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł II**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 10** do niniejszego zarządzenia;
- 11) Wzór Części B Wniosku „P” (wypełnia Realizator pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 11** do niniejszego zarządzenia;
- 12) Wzór Części B Wniosku „O” (wypełnia Realizator pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 12** do niniejszego zarządzenia;

## § 2

Traci moc Zarządzenie Nr 4/2014 z dnia 04.03.2014r. oraz Nr 7/2014 z dnia 31.03.2014r. oraz Nr 10/2014 z dnia 04.06.2014r. Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w sprawie wprowadzenia i zmiany Zasad postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd” oraz wzorów wniosków o przyznanie dofinansowania.

## § 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków  
o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”**

**I. Zasady ogólne**

1. Warunki dofinansowania w ramach wniosku osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie są wyznaczone w programie, dokumencie dotyczącym kierunków działań programu oraz warunków brzegowych obowiązujących Realizatorów programu w danym roku oraz w niniejszych zasadach.
2. Realizator dokumentuje przyjęte przez siebie szczegółowe zasady rozpatrywania wniosków, w szczególności dotyczące:
  - 1) weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków (w tym kryteria oceny merytorycznej wraz ze sposobem stosowania oceny),
  - 2) podejmowania i realizacji decyzji o przyznaniu dofinansowania,
  - 3) wyliczania wysokości dofinansowania, przy czym w Module II obligatoryjne jest różnicowanie wysokości dofinansowania w zależności od wysokości czesnego, wprowadzenie innych sposobów różnicowania wysokości dofinansowania, zależy od decyzji Realizatora,
  - 4) rozliczania przyznanych osobom niepełnosprawnym środków PFRON, w sposób umożliwiający ocenę zgodności podejmowanych decyzji - z przyjętym zasadami.
3. Pracownicy Realizatora odpowiedzialni za realizację poszczególnych etapów procesu rozpatrywania i realizacji wniosku, jak też eksperci:
  - 1) są niezależni co do treści swoich opinii, zobowiązani są spełniać swoje funkcje zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
  - 2) do każdego rozpatrywanego wniosku składają deklarację bezstronności (np. w formule przewidzianej w odpowiedniej rubryce formularza wniosku); nie podpisanie deklaracji bezstronności pozbawia możliwości rozpatrywania/ opiniowania danego wniosku,
  - 3) zobowiązani są do wyłączenia się od rozpatrywania sprawy, która dotyczy ich osobiście, ich małżonków, wstępnych albo zstępnych, rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osób pozostających w stosunku przysposobienia oraz ich małżonków, a także w każdym innym przypadku zaistnienia okoliczności, które mogą wywołać wątpliwości co do ich bezstronności,
  - 4) zobowiązani są do ochrony danych osobowych przekazanych przez wnioskodawców.
4. Realizator ma prawo podjęcia decyzji o przywróceniu wnioskodawcy określonego terminu (np. terminu złożenia dokumentów rozliczeniowych), z wyjątkiem terminu określonego w rozdziale X ust. 2 programu (data zakończenia przyjmowania wniosków). Ubiegając się o przywrócenie terminu, wnioskodawca zobowiązany jest opisać i udokumentować przyczyny uchybienia terminu.
5. Dokumenty dostarczane do Realizatora przez wnioskodawcę, muszą być rejestrowane w dzienniku korespondencji i opatrzone pieczęcią Realizatora z datą wpływu.
6. Prawidłowo zaadresowana korespondencja do wnioskodawcy, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana jest za doręczoną.

## II. Wniosek o dofinansowanie

1. Podstawą decyzji o przyznaniu osobie niepełnosprawnej dofinansowania jest wniosek o dofinansowanie wraz z załącznikami, które potwierdzają możliwość uczestnictwa w programie. Za kompletny wniosek uważa się wniosek zawierający wszystkie wymagane dane wraz z kompletem wymaganych załączników.
2. Podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej dofinansowania są informacje aktualne na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem wniosków wnioskodawców zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych - w tym przypadku podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania dofinansowania są informacje aktualne na dzień uzupełnienia wniosku.
3. Wniosek o dofinansowanie musi zawierać co najmniej następujące dane:
  - 1) Moduł, Obszar i Zadanie programu, w ramach którego wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie,
  - 2) dane personalne wnioskodawcy i osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy oraz ich nr PESEL,
  - 3) cechy dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy,
  - 4) dane teleadresowe wnioskodawcy i osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy,
  - 5) stan prawny i rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, wynikający z orzeczenia potwierdzającego status osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy,
  - 6) informacje dotyczące aktywności zawodowej i/lub aktualnie realizowanego etapu kształcenia osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy,
  - 7) rodzaj gospodarstwa domowego (samodzielne/wspólne) oraz wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu,
  - 8) specyfikację przedmiotu dofinansowania, w przypadku modułu I - wraz z orientacyjnym kosztem planowanym do dofinansowania ze środków PFRON,
  - 9) wysokość kwoty wnioskowanej,
  - 10) uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu,
  - 11) oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków przeznaczonych na udział własny (o ile dotyczy),
  - 12) informacje dotyczące korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie (zadanie w ramach którego udzielono wsparcia, wysokość i przedmiot dofinansowania, numer i data zawarcia umowy, termin jej rozliczenia),
  - 13) oświadczenie wnioskodawcy, iż nie ubiega się i nie będzie w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
4. Do wniosku o dofinansowanie muszą być dołączone co najmniej następujące załączniki:
  - 1) kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia),
  - 2) kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
  - 3) kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego,
  - 4) oświadczenie wnioskodawcy dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.),

5) oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,

oraz w przypadkach tego wymagających:

6) 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 – Realizator może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały oraz został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie),

pozostałe, ewentualnie wymagane załączniki, określa Realizator.

5. Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie - pełnomocnictwo wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.
6. Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
7. W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
8. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

### **III. Terminy przyjmowania wniosków**

1. Każdego roku realizacji programu datę rozpoczęcia przyjmowania wniosków ustala Realizator. Termin przyjmowania wniosków oraz tryb ich realizacji, a także informację, że program jest finansowany ze środków PFRON, Realizator podaje do publicznej wiadomości.
2. W ramach Modułu II Realizator przyjmuje w danym roku dwa cykle realizacji wniosków pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnym, adekwatne do organizacji roku akademickiego/szkolnego, wyznaczając dwa terminy przyjmowania wniosków: do dnia 30 marca oraz do dnia 30 września.
3. Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpłynięcia do Realizatora, a w przypadku wniosków składanych drogą pocztową, datę stempla pocztowego.

### **IV. Weryfikacja formalna i merytoryczna wniosków**

1. Realizator programu weryfikuje wnioski pod względem formalnym i merytorycznym. Weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosku dokonuje się 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.
2. 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.  
Ocenie formalnej podlega:

- 1) spełnianie przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy wszystkich kryteriów uprawniających do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania,
  - 2) dotrzymanie przez wnioskodawcę terminu na złożenie wniosku,
  - 3) zgodność zgłoszonego we wniosku przedmiotu dofinansowania z zasadami wskazanymi w programie,
  - 4) kompletność i poprawność danych zawartych we wniosku, zgodność wniosku oraz wymaganych załączników z wymaganiami Realizatora,
  - 5) wypełnienie wymaganych rubryk we wniosku i załącznikach do wniosku,
  - 6) zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego.
3. Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limitach środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu. W przypadku punktowego systemu oceny merytorycznej:
- 1) konieczne jest ustalenie przez Realizatora:
    - a) zasad funkcjonowania punktowego systemu oceny merytorycznej, poprzez ustalenie własnych preferencji związanych z realizacją celów programowych (kryteriów oceny) i ustanowienie punktacji: dla danego limitu środków finansowych PFRON albo odrębnie dla każdego zadania,
    - b) poziomów punktowania (wag – skali preferencji) w ramach każdego z przyjętych przez Realizatora kryteriów oceny, z uwzględnieniem ewentualnych preferencji PFRON,
    - c) minimalnego progu (liczba punktów) umożliwiającego bieżącą realizację wniosków,
  - 2) ocenione merytorycznie wnioski szeregowane są na liście rankingowej, według kolejności wynikającej z uzyskanej oceny.
4. Czynności związane z weryfikacją wniosku powinny być rejestrowane w odpowiednich rubrykach formularza wniosku. Zakończenie i efekt tych czynności powinny potwierdzać pieczętki, daty i podpisy właściwych pracowników.
5. Wniosek wnioskodawcy, któremu odmówiono przyznania środków finansowych w wyniku uchybień ze strony Realizatora przy weryfikacji formalnej wniosku, podlega dalszemu rozpatrzeniu.
6. Wnioski wnioskodawców będących pracownikami Realizatora, mogą być zrealizowane tylko w takim przypadku, gdy zgodność oceny formalnej oraz, o ile dotyczy - merytorycznej wniosku, z zasadami przyjętymi przez Realizatora, zostanie potwierdzona przez właściwy terytorialnie Oddział PFRON. Powyższy tryb dotyczy także innych sytuacji budzących wątpliwość co do bezstronności Realizatora. O konieczności zastosowania wskazanego trybu, rozstrzyga Oddział PFRON na podstawie zgłoszenia Realizatora.

#### **V. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

1. Decyzję o przyznaniu lub bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje Realizator, zgodnie z posiadanym doświadczeniem i wiedzą oraz na podstawie zasad określonych w programie i dokumencie dotyczącym kierunków działań programu oraz warunków brzegowych obowiązujących Realizatorów programu w danym roku.
2. Decyzję w sprawie wysokości dofinansowania dla wnioskodawcy podejmuje Realizator, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego wniosku o dofinansowanie nie może przekroczyć:
  - 1) maksymalnej kwoty dofinansowania, określonej przez PFRON dla danego przedmiotu dofinansowania,
  - 2) wysokości określonego przez PFRON udziału środków finansowych PFRON w dofinansowanym zakupie lub kosztach usługi (o ile dotyczy),

3) kwoty wnioskowanej przez wnioskodawcę.

4. W ramach Modułu II:

- 1) dofinansowanie opłaty za naukę (czesne) oraz opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego ma charakter obligatoryjny,
- 2) decyzja w sprawie udzielenia i wysokości dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w rozdziale VII ust. 2 pkt 2 programu, należy do kompetencji Realizatora,
- 3) 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.

5. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.

6. Decyzja powinna być rejestrowana w odpowiedniej rubryce formularza wniosku wraz z datą jej podjęcia, pieczęciami i podpisami osób podejmujących decyzję. Decyzja o przyznaniu dofinansowania jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.

7. Kwota dofinansowania przyjmowana jest w pełnych złotych, zaokrąglonych na zasadach ogólnych.

8. W przypadku przyznania dofinansowania realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Realizatorem i wnioskodawcą.

9. Wypłata kwoty dofinansowania, dotyczącej kosztów nauki pokrywanych w ramach I transzy środków finansowych PFRON przekazanych na realizację Modułu II, następuje nie później niż do dnia 31 maja każdego roku realizacji programu.

#### **VI. Umowa dofinansowania i jej rozliczenie**

1. Po zawarciu umowy w sprawie realizacji programu pomiędzy PFRON a Realizatorem i przekazaniu Realizatorowi środków PFRON na realizację programu, Realizator zawiera z beneficjentami pomocy umowy dofinansowania, określające w szczególności:

- 1) strony umowy (w przypadku wnioskodawcy – także seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wraz z datą jego wydania, nazwą organu wydającego ten dokument oraz datą ważności tego dokumentu),
- 2) cel udzielenia dofinansowania – zgodnie z celami programu,
- 3) źródło pochodzenia środków finansowych przekazanych w ramach umowy dofinansowania (PFRON),
- 4) kwotę dofinansowania ze środków PFRON i jej przeznaczenie,
- 5) wysokość udziału własnego wnioskodawcy (o ile dotyczy),
- 6) sposób przekazania dofinansowania przez Realizatora,
- 7) sposób zabezpieczenia udzielonego dofinansowania i prawidłowości realizacji umowy<sup>1</sup>,
- 8) terminy: wykorzystania dofinansowania i dostarczenia do Realizatora dokumentów rozliczeniowych, w tym potwierdzenia odbioru dofinansowanego sprzętu/usługi,
- 9) warunki i termin zwrotu dofinansowania w przypadku niedotrzymania zobowiązań wynikających z umowy,
- 10) termin i sposób rozliczenia środków przekazanych wnioskodawcy (o ile dotyczy),
- 11) zasady przeprowadzania kontroli przez PFRON i/lub Realizatora,
- 12) zobowiązania wynikające z otrzymania dofinansowania ze środków PFRON.

---

<sup>1</sup> np. weksel własny in blanco wystawiony przez beneficjenta pomocy i opatrzony klauzulą „bez protestu” wraz z deklaracją wekslową.

2. Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego warunków uczestnictwa w programie także w dniu podpisania umowy.
3. Przekazanie przyznaných środków finansowych następuje:
  - 1) na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu / usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez wnioskodawcę faktury VAT,  
lub
  - 2) na wskazany rachunek bankowy wnioskodawcy - do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanie terminu i sposobu rozliczenia przekazanych środków), co dotyczyć może wyłącznie:
    - a) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 2, Obszar B - Zadanie nr 2, Obszar C - Zadania nr 2 - 4, Obszar D,
    - b) Modułu II.
4. Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy wyłącznie do wnioskodawcy.
5. Faktury VAT (lub inne dowody księgowe, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego np. przez uczelnię, szkołę, przedszkole lub żłobek, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe), przedłożone w celu rozliczenia dofinansowania, muszą być sprawdzone przez Realizatora pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym oraz opatrzone klauzulą: „opłacono ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w kwocie: .... - umowa nr: ...”.
6. W przypadku, gdy wnioskodawca przedłoży dokumenty, o których mowa w ust. 5 wystawione w języku innym niż język polski, w których walutą rozliczeniową jest waluta inna niż polski złoty (PLN), zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego (PFRON nie refunduje kosztów związanych z tłumaczeniem tych dokumentów). Płatność przez Realizatora kwoty dofinansowania może nastąpić wówczas według kursu sprzedaży danej waluty w Banku Gospodarstwa Krajowego z dnia dokonania płatności.
7. Zwrotowi, na wskazany przez Realizatora rachunek bankowy, podlega:
  - 1) kwota dofinansowania przekazana na rachunek bankowy wnioskodawcy w części, która nie została uznana przez Realizatora podczas rozliczenia przyznanego dofinansowania (w przypadku wykorzystania całości lub części dofinansowania niezgodnie z przeznaczeniem/zawartą umową), wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora na rachunek bankowy wnioskodawcy – w terminie wskazanym w skierowanej do wnioskodawcy pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej części dofinansowania (wezwanie do zapłaty),
  - 2) część dofinansowania niewykorzystana przez wnioskodawcę – w terminie wskazanym przez Realizatora w umowie dofinansowania.
8. Zwrot środków finansowych w terminie późniejszym niż określony zgodnie z ust. 7 pkt 2, powoduje naliczenie odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.
9. Odsetek, o których mowa w ust. 8 nie nalicza się w przypadku gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od wnioskodawcy.
- 10 Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu lub wykonania usług przed zawarciem przez wnioskodawcę umowy z Realizatorem, z wyłączeniem przypadków, o których mowa w rozdziale VII ust. 1-3 programu, uwzględniających możliwość refundacji kosztów.
11. Umowa dofinansowania może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym w przypadku:
  - 1) niewykonania przez wnioskodawcę zobowiązań określonych w umowie, a w szczególności: nieterminowego wykonywania umowy, wykorzystania przekazanego dofinansowania na inne cele niż określone w umowie,



- 2) złożenia we wniosku lub w umowie dofinansowania oświadczeń niezgodnych z rzeczywistym stanem,
  - 3) odmowy poddania się kontroli przeprowadzanej przez PFRON i/lub Realizatora.
12. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn określonych w ust. 11, wnioskodawca zobowiązany jest do zwrotu kwoty przekazanej przez Realizatora, z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia wykonania przez Realizatora płatności tych środków do dnia uregulowania całości włącznie – w terminie określonym w informacji o rozwiązaniu umowy.
13. Jeżeli Realizator podejmie kroki w kierunku odzyskania udzielonego dofinansowania, zobowiązany będzie do:
- 1) rozwiązania umowy dofinansowania ze wskazaniem powodu rozwiązania,
  - 2) określenia wysokości roszczenia, przy czym w sytuacjach, o których mowa w art. 49e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), poprzez wydanie decyzji nakazującej zwrot wypłaconych środków,
  - 3) wyznaczenia terminu zwrotu dofinansowania wraz z odsetkami,
  - 4) wysłania wypowiedzenia listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres beneficjenta pomocy ustalony w umowie dofinansowania.
14. Zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.
15. Spory wynikłe na tle realizacji umowy, rozstrzygane będą przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Realizatora.
16. Umowa dofinansowania wygasa w przypadku śmierci beneficjenta pomocy oraz wskutek wypełnienia przez Realizatora i wnioskodawcę zobowiązań wynikających z umowy. Umowę zawiera się na czas określony:
- 1) w przypadku Modułu I: Obszar A, Obszar B, Obszar C – Zadanie nr 1 i Zadanie nr 3 – na trzy lata, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
  - 2) w przypadku Modułu I: Obszar C – Zadanie nr 3 i Zadanie nr 4 – do czasu upływu okresu gwarancji udzielonej na przedmiot objęty dofinansowaniem,
  - 3) w pozostałych przypadkach – zgodnie z decyzją Realizatora, z koniecznością rozliczenia udzielonego dofinansowania (o ile dotyczy), w terminie wskazanym przez Realizatora.
17. Umowa może być rozwiązana za zgodą stron, w przypadku wystąpienia okoliczności, niezależnych od woli stron, uniemożliwiających wykonanie umowy. W takim przypadku Realizator powiadamia wnioskodawcę odrębnym pismem o rozliczeniu lub/i konieczności zwrotu przekazanej kwoty dofinansowania.
18. W ramach programu nie mogą być dofinansowane:
- 1) pożyczki i spłaty rat oraz odsetek,
  - 2) koszty poniesione na przygotowanie wniosku,
  - 3) opłaty związane z realizacją umowy zawartej pomiędzy Realizatorem a wnioskodawcą,
  - 4) koszty nieudokumentowane.
19. Postanowienia dotyczące realizacji umowy i jej rozliczenia winny być uwzględnione w umowach zawieranych pomiędzy wnioskodawcą a Realizatorem.
20. W przypadku podpisywania umowy przez:
- 1) osoby reprezentujące beneficjenta pomocy,
  - 2) pełnomocników

- informacja o tym powinna być zawarta w treści umowy ze wskazaniem w szczególności: imienia i nazwiska, serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz pełnionej funkcji.
21. Przy zawieraniu umowy z wnioskodawcą, który nie ma możliwości złożenia podpisu i dokonuje odcisku palca należy:
    - 1) sprawdzić, czy złożone dotychczas dokumenty (wniosek, załączniki, inne) były podpisane za pomocą odcisku palca,
    - 2) przy odcisku palca wpisać imię i nazwisko strony umowy.
  22. Po dokonaniu czynności, o których mowa w ust. 21, na egzemplarzu umowy pozostającym u Realizatora składają swoje podpisy pracownicy Realizatora, w obecności których beneficjent pomocy podpisał umowę - wraz z datą i pieczętą imienną przy adnotacji „umowę zawarto w obecności:”, przy czym przy zawieraniu umowy wymagana jest obecność dwóch pracowników Realizatora.
  23. Realizator rozlicza pod względem finansowym i merytorycznym przekazywane środki finansowe PFRON, w ramach tego procesu Realizator dokonuje weryfikacji formalnej i merytorycznej dokumentów rozliczeniowych przedłożonych przez wnioskodawców, z wyjątkiem dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w ramach modułu II.
  24. W ramach modułu II, osoby z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności mogą uzyskać pomoc finansową wyłącznie wtedy, gdy spełniają łącznie następujące warunki:
    - 1) uczestnicząc w pilotażowym programie „Aktywny samorząd” lub w programie pn. „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” - posiadali znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
    - 2) w trakcie uczestnictwa w programie, o którym mowa w pkt 1, orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności uzyskały nie wcześniej niż po zaliczeniu pierwszego roku nauki, a w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – pierwszego semestru nauki.
  25. W sytuacji, o której mowa w ust. 24, pomoc finansowa może być przyznawana wyłącznie do czasu ukończenia przez wnioskodawcę nauki w ramach tej formy kształcenia, w trakcie której nastąpiła zmiana stopnia niepełnosprawności na lekki oraz na poziomie wyznaczonym dla stopnia niepełnosprawności wnioskodawcy, który uprawniał do uczestnictwa w programie.
  26. W przypadku, gdy beneficjent pomocy w ramach Modułu II posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania danego półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, nie później niż łącznie z dokumentami rozliczającymi dofinansowanie przyznane na dane półrocze.
  27. Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa w ust. 26, będzie wynikać, iż beneficjent pomocy nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (przestał być osobą niepełnosprawną w sensie prawnym lub posiada orzeczony lekki stopień niepełnosprawności, ale nie spełnia warunku wskazanego w ust. 24 pkt 2) wysokość dofinansowania obniża się proporcjonalnie do liczby dni, w których beneficjent pomocy nie spełniał tego warunku.
  28. W przypadku śmierci beneficjenta pomocy, niezbędne jest przedłożenie odpisu skróconego aktu zgonu.

## VII. Kontrola

1. Realizator i PFRON mają prawo kontroli wykorzystania przedmiotu dofinansowania oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania i rozliczenia dofinansowania.
2. Realizator ma obowiązek dokonywania kontroli wykorzystania środków PFRON i/lub przedmiotu dofinansowania corocznie – w zakresie obejmującym co najmniej 10% umów

zawartych w danym roku.

3. W ramach kontroli osoby upoważnione przez PFRON mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości realizacji programu i wykonania umowy oraz żądać ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania umowy. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez PFRON zarówno w siedzibie Realizatora, jak i w innym miejscu realizacji programu. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości PFRON prześle wnioski i zalecenia w celu ich usunięcia.

## VIII. Zobowiązania

1. Wnioskodawca jest zobowiązany do:

- 1) wykorzystania środków dofinansowania zgodnie z przeznaczeniem,
- 2) umożliwienia PFRON i Realizatorowi przeprowadzenia kontroli,
- 3) przekazywania na każde wezwanie Realizatora lub PFRON informacji dotyczących efektów udzielonego wsparcia, odzwierciedlającej stan faktyczny oraz innych informacji związanych z uczestnictwem w programie,
- 4) niezwłocznego zawiadomienia Realizatora o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację umowy np. o zmianie nazwiska, adresu zamieszkania, utracie przedmiotu dofinansowania,
- 5) zwrotu środków finansowych w przypadkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanych w rozdziale VI), w tym w ramach Modułu II – w przypadku określonym w rozdziale VI ust. 27,
- 6) dostarczenia do Realizatora:
  - a) w przypadku wszystkich wnioskodawców – pisemnej informacji, przygotowanej zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającej stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
  - b) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 1, Obszar B - Zadanie nr 1, Obszar C - pisemnego potwierdzenia odbioru przedmiotu dofinansowania odpowiadającego przedstawionej fakturze VAT, w terminie do 30 dni od dnia wydania przedmiotu dofinansowania przez sprzedawcę/ usługodawcę,
  - c) w przypadku Modułu I: Obszar B - Zadanie nr 2 - pisemnego potwierdzenia ukończenia szkolenia,
  - d) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 2 – pisemnej informacji o wyniku szkolenia i egzaminu/ów dotyczących prawa jazdy,
  - e) w przypadku Modułu I: Obszar D - pisemnego potwierdzenia pobytu dziecka w żłobku lub przedszkolu w okresie objętym dofinansowaniem,
- 7) w przypadku Modułu I: Obszar B - Zadanie nr 1, Obszar C - Zadanie nr 1 – umieszczenia na zakupionym przedmiocie dofinansowania, przekazanej przez PFRON naklejki zawierającej informację o dofinansowaniu zakupu ze środków PFRON (jeżeli rozmiar przedmiotu dofinansowania to umożliwia),
- 8) w przypadku Modułu I: Obszar A – Zadanie nr 1, Obszar B - Zadanie nr 1, Obszar C - Zadanie nr 2 i nr 4 - dokonywania na własny koszt niezbędnych napraw i konserwacji przedmiotu dofinansowania,
- 9) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 1, Obszar B – Zadanie nr 1, Obszar C:
  - a) nieodstępowania, a także nieprzekazywania przedmiotu dofinansowania w innej formie osobom trzecim, w okresie obowiązywania umowy dofinansowania,
  - b) udostępniania przedmiotu dofinansowania w celu umożliwienia Realizatorowi lub PFRON jego oględzin,
  - c) wykorzystywania przedmiotu dofinansowania zgodnie z jego przeznaczeniem.

2. Sprzedaż bądź konieczna zamiana przedmiotu dofinansowania w okresie obowiązywania umowy dofinansowania wymaga każdorazowo zgody Realizatora. Ewentualna zamiana przedmiotu dofinansowania odbywa się bez zaangażowania dodatkowych środków PFRON. Postanowienia umowy dofinansowania mają zastosowanie również do przedmiotu dofinansowania uzyskanego w wyniku zamiany.
3. Realizator zobowiązany jest do uzyskania od beneficjenta pomocy oświadczenia, iż nie otrzymał on w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku - dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania. W przypadku Obszaru C: Zadanie nr 3 i nr 4 Realizator zobowiązany jest do uzyskania od beneficjenta pomocy oświadczenia, iż nie otrzymał on w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania.
4. Zobowiązania, o których mowa w ust. 1 - 3, winny być zawarte w odpowiednich umowach zawieranych pomiędzy wnioskodawcami a Realizatorem.
5. Realizator zobowiązany jest do informowania, że program jest finansowany ze środków PFRON. Informacja na ten temat powinna zostać zamieszczona we wzorach formularzy obowiązujących w trakcie realizacji programu, w materiałach promocyjnych, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego programu.
6. Obowiązek, o którym mowa w ust. 5 polega co najmniej na umieszczeniu logo PFRON na materiałach określonych w tym ustępie. Realizator ma prawo do wykorzystania logo PFRON wyłącznie do celów niekomercyjnych oraz nie może go dalej przekazywać innym podmiotom. Realizator zobowiązany jest do przestrzegania zasad określonych w „Katalogu identyfikacji wizualnej PFRON”, zamieszczonym na stronie internetowej PFRON: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
7. Realizator rejestruje w formie elektronicznej dane w zakresie dotyczącym osób ubiegających się o dofinansowanie w ramach programu, a także stanu realizacji programu, zgodnie z wymaganiami PFRON.
8. W ramach rozliczenia środków finansowych PFRON, Realizator programu może wyrazić zgodę na niedochodzenie od dłużnika należności, której kwota wraz z odsetkami nie przekracza 100 zł (sto złotych).
9. Oddział PFRON powiadamia Realizatora o rozliczeniu środków finansowych PFRON przekazanych na realizację programu w danym roku, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym środki te zostały przekazane.
10. W przypadku zwrotu przez beneficjenta pomocy części dofinansowania (kwoty niewykorzystanej lub niewłaściwie wykorzystanej), kwoty przeznaczonej dla Realizatora na obsługę, promocję i ewaluację programu - nie pomniejsza się.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

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

Załącznik nr 1a do Zasadnicze Nr 6/2015  
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Łosicach z dnia 26.02.2015r.

Załącznik  
do uchwały nr 13/2015  
Zarządu PFRON  
z dnia 29 stycznia 2015 r.

### **Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2015 roku**

1. Moduły, obszary i zadania programu, które będą realizowane w 2015 roku:
  - 1) Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym:
    - a) Obszar A – likwidacja bariery transportowej:
      - Zadanie 2: pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B,
    - b) Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:
      - Zadanie 2: dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
    - c) Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:
      - Zadanie 2: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
      - Zadanie 3: pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości,
      - Zadanie 4: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości),
    - d) Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej;
  - 2) Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.
2. Wystąpienie o przyznanie środków finansowych PFRON na realizację programu, realizator programu składa we właściwym terytorialnie Oddziale PFRON. Termin złożenia wystąpienia upływa w dniu 20 lutego 2015 roku.
3. Termin zawarcia umowy w sprawie realizacji programu w 2015 roku upływa w dniu 13 marca 2015r.
4. Pełnomocnicy Zarządu PFRON w Oddziałach PFRON mogą podejmować decyzję o przywróceniu realizatorowi programu terminu związanego z realizacją programu. Przekroczenie przez realizatora programu terminu określonego w ust. 3 może skutkować zmniejszeniem wysokości środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu.
5. Warunkiem przystąpienia realizatora programu do realizacji programu jest złożenie oświadczenia o nieposiadaniu:
  - 1) wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,

- 2) zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON,
- 3) wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej,

przy czym ww. wymagania dotyczą jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego odpowiedzialnej za realizację programu, a także jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego składającej wystąpienie o przyznanie środków PFRON na realizację programu (o ile jest inna).

6. Z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy oraz samorządy powiatowe, którzy/które po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli/naruszyły warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili/ nie doprowadziły do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku (w przypadku wnioskodawcy) lub wystąpienia (w przypadku samorządu powiatowego).
7. Maksymalna kwota dofinansowania w ramach modułu I wynosi, w przypadku:
  - 1) Obszaru A - w Zadaniu nr 2 – 2.100 zł, w tym:
    - a) dla kosztów kursu i egzaminów – 1.500 zł,
    - b) dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 600 zł,
  - 2) Obszaru B - w Zadaniu nr 2:
    - a) dla osoby głuchoniewidomej – 4.000 zł,
    - b) 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 wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia,
  - 3) Obszaru C:
    - a) w Zadaniu nr 2 – 2.000 zł,
    - b) w Zadaniu nr 3 dla protezy na III poziomie jakości, przy amputacji:
      - w zakresie ręki – 9.000 zł,
      - przedramienia – 20.000 zł,
      - ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym – 26.000 zł,
      - na poziomie podudzia – 14.000 zł,
      - na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20.000 zł,
      - uda i wyluszczeniu 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,

- c) w Zadaniu nr 4 – do 30% kwot, o których mowa w lit. b,
  - d) w Zadaniu nr 3 i nr 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,
- 4) Obszaru D – 200 zł miesięcznie, nie więcej niż 2.400 zł w ciągu roku – tytułem kosztów opieki nad każdą (jedną) osobą zależną.
8. W ramach modułu II kwota dofinansowania poniesionych kosztów nauki, dotyczących semestru/półrocza objętego dofinansowaniem, wynosi w przypadku:
- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – do 1.000 zł,
  - 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,
- z uwzględnieniem ust. 9-13, a także ust. 14 pkt 4 lit. a.
9. W przypadku, gdy wnioskodawca w module II jednocześnie pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów/nauki), kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki, z uwzględnieniem ust. 14 pkt 4 lit. b.
10. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w ust. 8 pkt 1 może być zwiększony, nie więcej niż o:
- 1) 700 zł - w innych przypadkach, które określi realizator programu (przykładowo: gdy wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp.),
  - 2) 500 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
  - 3) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny.
11. Dopuszczalność udzielania pomocy w ramach modułu II:
- 1) każdy wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym - warunek ten dotyczy także wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:
    - a) „STUDENT - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
    - b) „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,z uwzględnieniem pkt 2,
  - 2) wnioskodawcy, którzy do dnia złożenia wniosku uzyskali pomoc ze środków PFRON w ramach większej liczby semestrów/półroczy, niż wskazana w pkt 1, mogą uzyskać pomoc w ramach programu - do czasu ukończenia rozpoczętych

- do dnia 31 stycznia 2014 roku, form kształcenia na poziomie wyższym, jeśli są one realizowane zgodnie z planem/programem studiów,
- 3) decyzja o ponownym dofinansowaniu kosztów nauki w przypadku powtarzania przez wnioskodawcę semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego - należy do kompetencji realizatora programu, z zastrzeżeniem pkt 4,
  - 4) wypłata dofinansowania w sytuacji powtarzania semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego przez wnioskodawcę jest dozwolona w ramach dopuszczalnej, łącznej liczby semestrów/ półroczy, o której mowa w pkt 1 - z zastrzeżeniem, iż może to nastąpić jeden raz w ciągu trwania nauki w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, chyba, że kolejne powtarzanie semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego przez wnioskodawcę następuje z przyczyn od niego niezależnych (np. stan zdrowia).
12. W przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich, przysługuje wyłącznie dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.
  13. Decyzję o wysokości pomocy dla wnioskodawcy podejmuje realizator programu, który ustala własne sposoby różnicowania wysokości dofinansowania.
  14. Udział własny wnioskodawcy jest wymagany w poniższych zadaniach:
    - 1) w module I wynosi co najmniej:
      - a) 10% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru C Zadania: nr 3 i nr 4,
      - b) 15% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru D,
      - c) 25% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru A: Zadanie nr 2,
    - 2) w module II - w zakresie kosztów czesnego:
      - a) 15% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),
      - b) 65% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) –warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).
  15. Środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON.
  16. W sytuacji, gdy łączna wartość uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu przekracza kwotę 10.000 zł, wymagane jest zabezpieczenie udzielonego dofinansowania w formie określonej (wymaganej) przez realizatora programu.
  17. Maksymalny koszt wynagrodzenia za jedną opinię eksperta PFRON wynosi:
    - 1) w przypadku pierwszej wizyty - 300 zł brutto,
    - 2) w przypadku kolejnej wizyty - 150 zł brutto.



18. Szczegółowe zasady dotyczące weryfikacji formalnej wniosków:
- 1) opinia eksperta PFRON wydana w 2014 roku do wniosku, może zachować ważność dla weryfikacji formalnej tego wniosku - do dnia 31 grudnia 2015 roku,
  - 2) zaświadczenie lekarskie złożone przez wnioskodawcę do wniosku w 2014 roku, może zachować ważność dla weryfikacji formalnej wniosku - do dnia 31 grudnia 2015 roku,
  - 3) odnośnie częstotliwości udzielania pomocy w ramach modułu I:
    - a) warunek, o którym mowa w rozdziale VI ust. 5 pkt 1 programu dotyczy:
      - pomocy udzielanej w ramach wskazanych zadań,
      - osoby niepełnosprawnej, będącej beneficjentem pomocy,
      - tego samego celu pomocy, przez który należy rozumieć przedmiot dofinansowania określony ogólnie w danym zadaniu,
    - b) warunek, o którym mowa w rozdziale VI ust. 5 pkt 2 programu dotyczy:
      - pomocy udzielanej w ramach wskazanych zadań,
      - osoby niepełnosprawnej, będącej beneficjentem pomocy,
      - gwarancji, dotyczącej przedmiotu dofinansowanego uprzednio ze środków PFRON,
      - w przypadku Obszaru C – Zadanie nr 2: beneficjentów programu, którzy uzyskali pomoc w pokryciu kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w 2012 roku oraz wcześniejszych programów przewidujących analogiczne wsparcie, nie obowiązuje karencja w uzyskaniu kolejnych środków PFRON na ten sam cel, niezależnie od okresu karencji przewidzianego wówczas w ramach programu,
  - 4) odnośnie podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresów, o których mowa w rozdziale VI ust. 5 programu:
    - a) dotyczyć może ona także okresów obowiązujących w ramach innych zadań finansowanych ze środków PFRON,
    - b) do okoliczności wymienionych w rozdziale VI ust. 6 pkt 1 programu, należą także zmiany w stanie fizycznym beneficjenta pomocy, powodujące, że nie może on korzystać z posiadanego, uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania.
19. Dodatkowe wymagania w zakresie weryfikacji merytorycznej wniosków w ramach modułu I:
- 1) ekspertem, o którym mowa w rozdziale X ust. 5 programu nie może być osoba, która aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, była przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
  - 2) w celu rzetelnej oceny wniosku, ekspert, o którym mowa w pkt 1, powinien potwierdzić stan faktyczny związany z dysfunkcją i potrzebą wyposażenia potencjalnego beneficjenta pomocy we wnioskowany przedmiot dofinansowania, o ile to możliwe z uwagi na sytuację zdrowotną osoby

niepełnosprawnej – w trakcie konsultacji z udziałem potencjalnego beneficjenta pomocy,

- 3) ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu; w związku z tym realizator programu będzie stosował punktowy system oceny wniosków, wyznaczając minimalny próg punktowy umożliwiający bieżące udzielanie dofinansowania; ustalenie zbioru kryteriów i ich wag należy do kompetencji realizatora programu, z zastrzeżeniem ust. 20; udzielenie dofinansowania wnioskodawcom, których wnioski uzyskały ocenę poniżej ustalonego przez realizatora programu minimalnego progu punktowego, uzależnione będzie od możliwości wynikających z wysokości ostatecznej puli środków PFRON przekazanych realizatorowi programu.

20. Preferencje PFRON przysługujące wnioskodawcom w trakcie rozpatrywania wniosków w ramach modułu I:

- 1) w 2015 roku preferowane są wnioski w ramach Obszaru C Zadanie nr 3 - suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 50% maksymalnej liczby punktów możliwych do udzielenia w ramach oceny merytorycznej wniosku; pozostałe kryteria oceny merytorycznej wniosków określa realizator programu,
- 2) 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 pomocy 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.

21. Wnioski w ramach modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.

22. Zakres pojęć - ilekroć w niniejszym dokumencie lub w programie mowa jest o:

- 1) **aktywności zawodowej** – należy przez to rozumieć:
  - a) zatrudnienie, lub
  - b) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
  - c) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu;
- 2) **opłacie za naukę (czesne)** – należy przez to rozumieć opłatę pobieraną za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umową dofinansowania; opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłaty związanej z powtarzaniem określonych zajęć z powodu niezadowalających wyników w nauce, za zajęcia nieobjęte planem studiów, za studia realizowane w języku obcym) ani innych

- opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia;
- 3) **dodatku na pokrycie kosztów kształcenia** - należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki związane z pobieraniem nauki;
  - 4) **dysfunkcji narządu ruchu (w przypadku Obszaru A)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;
  - 5) **ekspercie PFRON (w przypadku Obszaru C Zadanie nr 3 i nr 4)** – należy przez to rozumieć specjalistę wojewódzkiego z dziedziny rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii albo innego specjalistę w tych dziedzinach, wskazanego przez jednego z wymienionych specjalistów, który prowadzi na terenie danego województwa długotrwałą opiekę protetyczną nad osobami po amputacjach kończyn; wyboru ekspertów PFRON dokonuje PFRON; ekspertem nie może być osoba, która aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, była przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem protezowni (zakładu ortopedycznego); ekspertom PFRON przysługuje wynagrodzenie za wydanie opinii do wniosku zakwalifikowanego do dofinansowania, w zakresie:
    - a) stabilności procesu chorobowego wnioskodawcy,
    - b) rokowań co do zdolności wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie,oraz o ile dotyczy:
    - c) celowości zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy) i zwiększenia kwoty dofinansowania;
  - 6) **gospodarstwie domowym wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:
    - a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,lub
    - b) **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

- 7) **Karcie Dużej Rodziny** – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 5 czerwca 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu dla rodzin wielodzietnych (Dz. U. poz. 755) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;
- 8) **kolegium** – należy przez to rozumieć kolegium pracowników służb społecznych, kolegium nauczycielskie lub nauczycielskie kolegium języków obcych utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);
- 9) **kosztach kursu i egzaminów (w przypadku Obszaru A Zadanie nr 2)** – należy przez to rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające;
- 10) **kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (obszar C Zadanie nr 4)** – należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej protez/y kończyny górnej i/lub dolnej, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne;
- 11) **miejscu zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;
- 12) **naucze w szkole wyższej** – należy przez to rozumieć naukę w następujących formach edukacji na poziomie wyższym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);
- 13) **osobie głuchoniewidomej** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim;
- 14) **osobie niewidomej** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, której ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,05 według skali Snellena lub osobę z ograniczonym polem widzenia do 20 stopni, niezależnie od zachowanej ostrości wzroku;
- 15) **osobie zależnej (w przypadku Obszaru D)** – należy przez to rozumieć dziecko będące pod opieką wnioskodawcy i przebywające w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką (dziennego opiekuna, niani lub

w ramach klubu dziecięcego, punktu przedszkolnego, zespołu wychowania przedszkolnego);

**16) poziomie jakości protez kończyny górnej – należy przez to rozumieć:**

- a) poziom I - prosta proteza o funkcji głównie kosmetycznej ewentualnie z najprostszymi elementami mechanicznego ustawiania pozycji łokcia i nadgarstka; do wykonania w ramach limitu NFZ; nie przywraca nawet podstawowych funkcji utraconej ręki,
- b) poziom II - proteza z prostymi elementami mechanicznymi oraz standardowym zawieszeniem na kikucie; w zasadzie możliwa do wykonania w ramach NFZ z niewielką dopłatą; nie uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu wystarczającym dla podjęcia aktywności zawodowej,
- c) poziom III - proteza z precyzyjnymi elementami mechanicznymi oraz nowoczesnym zawieszeniem kikuta (także z wykorzystaniem technologii silikonowej) oraz bardzo dobrym wykończeniem kosmetycznym; uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu umożliwiającym podjęcie aktywności zawodowej,
- d) poziom IV - proteza z elementami bioelektrycznymi (lub elementy kombinowane bioelektryczne i mechaniczne - tzw. hybrydowa); proteza w części bioelektrycznej sterowana impulsami z zachowanych grup mięśniowych; w znacznym stopniu pozwala na uniezależnienie się od otoczenia, jednak nie zawsze jest akceptowana przez pacjentów, w szczególności z powodu znacznej wagi;

**17) poziomie jakości protez kończyny dolnej – należy przez to rozumieć:**

- a) poziom I - proteza wykonana w ramach limitu NFZ; posiada najprostsze elementy mechaniczne; nie daje możliwości lokomocyjnych dla codziennego funkcjonowania pacjenta,
- b) poziom II - poziom podstawowy umożliwiający w miarę sprawne poruszanie się pacjenta; proteza taka jednak nie daje rzeczywistych możliwości intensywnego, bezpiecznego jej użytkowania potrzebnego do codziennej aktywności zawodowej,
- c) poziom III - poziom bardzo dobry; proteza taka wykonana na nowoczesnych elementach (stopa, staw kolanowy) oraz posiadająca bardzo dobre zawieszenie w leju, także na elementach silikonowych; w tej grupie protez pacjent może otrzymać zaopatrzenie zapewniające takie możliwości lokomocyjne, aby mógł podjąć lub kontynuować aktywność zawodową;
- d) poziom IV - grupa najnowocześniejszych w świecie protez, także z elementami sterowanymi cyfrowo, z wielowarstwowymi lejami oraz najlżejszymi elementami nośnymi; umożliwiają w niektórych przypadkach także aktywność sportową i rekreacyjną pacjentów;

- 18) **półroczu/semestrze** – należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki w szkole, obejmujący zajęcia dydaktyczne, sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki;
- 19) **protezie kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (obszar C Zadanie nr 3 i nr 4)** – należy przez to rozumieć protezę/protezy kończyny górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie jakości protez;
- 20) **przerwie w nauce (w przypadku modułu II)** – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;
- 21) **szkole policealnej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);
- 22) **szkole wyższej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę wyższą utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.) lub uczelnię zagraniczną, a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe;
- 23) **wymagalnych zobowiązaniach** – należy przez to rozumieć:
- a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
  - b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
    - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
    - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
    - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności,
- 24) **zatrudnieniu** – należy przez to rozumieć, w przypadku modułu I i II:
- a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
  - b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,

- c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 1403, z późn. zm.),
  - d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 672, z późn. zm.),
- a w przypadku modułu I także:
- e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy,
  - f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.);
- 25) **zdarzeniach losowych** – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/ podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wólce  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wólce

*Agata Żędzian*

## Treść i warunki uczestnictwa Programu "Aktywny Samorząd"

### I. Nazwa programu

Pilotażowy program „Aktywny samorząd”.

### II. Definicje pojęć:

Ilekrót w niniejszym dokumencie mowa jest o:

1. adresacie programu – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która jest uprawniona do ubiegania się o dofinansowanie;
2. beneficjencie pomocy – należy przez to rozumieć adresata programu, który uzyskał dofinansowanie;
3. dofinansowaniu – należy przez to rozumieć pomoc finansową ze środków PFRON udzieloną przez realizatora programu;
4. ewaluacji programu – należy przez to rozumieć ocenę jakości, skuteczności i efektywności programu;
5. monitorowaniu – należy przez to rozumieć proces systematycznego zbierania i analizowania ilościowych i jakościowych informacji na temat programu w aspekcie finansowym i rzeczowym;
6. osobie niepełnosprawnej – należy przez to rozumieć osobę, o której mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.);
7. PFRON – należy przez to rozumieć Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
8. programie (bez bliższego określenia) – należy przez to rozumieć pilotażowy program „Aktywny samorząd”;
9. udziale własnym – należy przez to rozumieć wkład finansowy, jaki wnioskodawca zobowiązany jest zaangażować w związku z dofinansowaniem;
10. osobach w wieku aktywności zawodowej – należy przez to rozumieć pełnoletnie osoby, które nie osiągnęły wieku emerytalnego;
11. wnioskodawcy – należy przez to rozumieć wnioskującego o dofinansowanie z tym, że:
  - 1) w przypadku niepełnoletnich adresatów programu (dzieci i młodzież do lat 18), wnioskodawcą jest jeden z rodziców sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny,
  - 2) w przypadku pełnoletnich osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, wnioskodawcą jest opiekun prawny;
12. wniosku – należy przez to rozumieć pisemny wniosek wnioskodawcy o przyznanie dofinansowania;
13. wymagalnych zobowiązaniach – należy przez to rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty upłynął.



### III. Podstawa prawna programu

Podstawą prawną uruchomienia i realizacji programu jest art. 47 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

### IV. Struktura programu

1. Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową:
  - 1) Obszar A – likwidacja bariery transportowej:
    - a. Zadanie 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
    - b. Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B,
  - 2) Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:
    - a. Zadanie 1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,
    - b. Zadanie 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
  - 3) Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:
    - a. Zadanie 1 - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
    - b. Zadanie 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
    - c. Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,
    - d. Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny,
  - 4) Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej.
2. Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.
3. Moduł III – szkolenia kadr samorządów oraz organizacji pozarządowych z zakresu problematyki niepełnosprawności.

### V. Cele programu

1. Celem głównym programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.
2. Cele szczegółowe programu:
  - 1) przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego,
  - 2) przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,
  - 3) umożliwianie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie,
  - 4) poprawa szans beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji,

- 5) wzrost kompetencji osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pracowników lub pracujących na rzecz jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowych.
3. Do oceny skuteczności działania programu przyjmuje się następujące główne wskaźniki ewaluacyjne:
- 1) rezultatu:
    - a. liczba osób niepełnosprawnych, dla których w wyniku uczestnictwa w programie zlikwidowane lub zmniejszone zostały bariery uniemożliwiające uczestniczenie w życiu społecznym, zawodowym lub w dostępie do edukacji,
    - b. liczba osób zaangażowanych w proces rehabilitacji, których kompetencje wzrosły w wyniku uczestnictwa w module szkolenia kadr,
  - 2) wpływu – liczba osób niepełnosprawnych, których aktywność społeczna lub zawodowa wzrosła w wyniku uczestnictwa w programie.
4. Ewaluację programu można przeprowadzić na reprezentatywnej próbie losowej przy użyciu uznanych w nauce metod ewaluacji, odrębnie dla każdego obszaru.

## VI. Adresat programu

### 1. Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w module I:

#### 1) Obszar A:

##### ➤ Zadanie 1:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcja narządu ruchu,

##### ➤ Zadanie 2:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- wiek aktywności zawodowej,
- dysfunkcja narządu ruchu,

#### 2) Obszar B:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku,

#### 3) Obszar C:

##### ➤ Zadanie 1:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym,

##### ➤ Zadanie 2:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,

##### ➤ Zadanie 3 i 4:

- stopień niepełnosprawności,

- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
  - potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego,
  - potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie,
- 4) Obszar D:
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
  - aktywność zawodowa,
  - pełnienie roli opiekuna prawnego dziecka.
2. Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w module II:
- 1) znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
  - 2) nauka w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.
5. Warunki uczestnictwa osób zaangażowanych w proces rehabilitacji, w szkoleniach organizowanych w ramach Modułu III programu:
- 1) spełnianie warunków rekrutacji ustalanych dla każdego cyklu szkoleń,
  - 2) skierowanie na szkolenie przez jednostkę samorządu terytorialnego lub organizację pozarządową.
6. Warunki wykluczające uczestnictwo w programie:
- 1) w modułach I i II - wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec realizatora programu,
  - 2) w module II - przerwa w nauce.
7. Częstotliwość udzielania pomocy w ramach Modułu I:
- 1) Obszar A, Obszar B, Obszar C - Zadania 1 i 3 - pomoc może być udzielana co 3 lata, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy,
  - 2) Obszar C - Zadania 2 i 4 - pomoc może być udzielana po zakończeniu okresu gwarancji.
8. Samorząd powiatowy może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresów, o których mowa w ust. 5, wobec wnioskodawców, którzy wskutek:
- 1) pogorszenia stanu zdrowia, nie mogą korzystać z posiadanego, uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania.
  - 2) zdarzeń losowych utracili przedmiot dofinansowania ze środków PFRON albo uległ on zniszczeniu w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

## VII. Formy i zakres pomocy udzielanej w ramach programu

1. Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową:
  - 1) Obszar A – likwidacja bariery transportowej:
    - a. Zadanie 1 – dofinansowanie zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
    - b. Zadanie 2 – dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B, w szczególności:
      - kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B,

oraz w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania:

      - zakwaterowania, wyżywienia w okresie trwania kursu,
      - dojazdu (przyjazd na kurs i powrót z kursu),
  - 2) Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym, dofinansowanie :

- a. Zadanie 1 – zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,
  - b. Zadanie 2 – szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
- 3) Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:
- a. Zadanie 1 - dofinansowanie zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
  - b. Zadanie 2 – dofinansowanie lub refundacja kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
  - c. Zadanie 3:
    - dofinansowanie zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,
    - refundacja kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z adresatem programu,
  - d. Zadanie 4:
    - dofinansowanie lub refundacja kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny,
    - refundacja kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z adresatem programu,
- 4) Obszar D – dofinansowanie lub refundacja kosztów opieki nad osobą zależną (opłata za pobyt dziecka w żłobku lub przedszkolu albo inny koszt zapewnienia opieki nad dzieckiem).
2. Moduł II – dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym:
- 1) opłata za naukę (czesne),
  - 2) dodatek na pokrycie kosztów kształcenia (nie podlega rozliczeniu),
  - 3) dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich.
14. Refundacja może dotyczyć kosztów poniesionych w okresie do 6-ciu miesięcy przed złożeniem wniosku.
15. Moduł III – finansowanie kosztów szkolenia kadr samorządów oraz organizacji pozarządowych z zakresu problematyki niepełnosprawności.
16. Ten sam przedmiot pomocy, nie może być dofinansowany ze środków PFRON w ramach programu oraz w ramach zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 96, poz. 861, z późn. zm.).
17. Do dnia 31 stycznia każdego roku realizacji programu, Zarząd PFRON zatwierdza dokument wyznaczający kierunki działań programu oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu w danym roku. Dokument ten może być modyfikowany przez Zarząd PFRON.
18. Dokument, o którym mowa w ust. 6 zawiera w szczególności:
- 1) wskazanie modułów, obszarów i zadań, które będą realizowane w danym roku,
  - 2) wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w poszczególnych modułach,
  - 3) wysokość maksymalnej kwoty dofinansowania w ramach modułu I i II,
  - 4) wysokość minimalnego udziału własnego w ramach modułu I,
  - 5) sposób zabezpieczenia udzielonego dofinansowania,
  - 6) maksymalny koszt jednej opinii eksperta PFRON,

- 7) zakres pojęć dotyczących przedmiotu dofinansowania i kryteriów uczestnictwa osób niepełnosprawnych w programie,
  - 8) termin złożenia wystąpienia w sprawie przyznania środków finansowych PFRON na realizację programu.
19. Dokument, o którym mowa w ust. 6 może także zawierać:
- 1) dodatkowe wymagania w zakresie weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków,
  - 2) preferencje przysługujące Wnioskodawcom w trakcie rozpatrywania wniosków.

### **VIII. Warunki uczestnictwa realizatora w programie**

1. Realizatorem programu w module I i II jest samorząd powiatowy, który przyjmie zaproszenie PFRON do realizacji programu.
2. Samorząd powiatowy, który wyraża chęć przystąpienia do realizacji programu składa w tym zakresie oświadczenie i wystąpienie o przyznanie środków finansowych PFRON na realizację programu oraz zawiera z PFRON wieloletnią umowę w sprawie realizacji programu, która określa obowiązki oraz uprawnienia stron.
3. W przypadku, gdy samorząd powiatowy nie przystąpi do realizacji programu, dopuszcza się możliwość zawarcia umowy w sprawie realizacji programu na rzecz beneficjentów z terenu działania tego samorządu, z innym realizatorem programu.

### **IX. Zasięg i okres realizacji programu**

1. Program realizowany jest od dnia jego zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą PFRON.
2. Termin zakończenia realizacji programu określi Rada Nadzorcza PFRON.

### **X. Tryb postępowania**

1. Dofinansowanie następuje na wniosek zawierający uzasadnienie wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu. Wniosek należy złożyć do samorządu powiatowego, który realizuje program na terenie samorządu powiatowego, właściwego dla miejsca zamieszkania wnioskodawcy.
2. Przyjmowanie wniosków następuje w trybie ciągłym, jednak nie później niż do dnia 30 września danego roku realizacji programu.
3. Program w module I i II jest realizowany przez samorząd powiatowy w oparciu o zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach programu, zatwierdzone przez Zarząd PFRON.
4. PFRON ma prawo do bieżącej kontroli prawidłowości wydatkowania środków przekazanych w ramach programu.
5. W przypadku wniosku złożonego w obszarze, w którym nie występuje obowiązek opiniowania przez eksperta PFRON, który w trakcie jego oceny nasuwa wątpliwości co do możliwości pozytywnej weryfikacji pod względem kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności adresata programu lub co do celowości wnioskowanego dofinansowania, do podjęcia pozytywnej decyzji wymagana jest pozytywna opinia wydana przez eksperta – lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności adresata programu.
6. W sprawach nieuregulowanych w programie i przez Zarząd PFRON, dotyczących trybu postępowania i zasad dofinansowania stosuje się odpowiednio przepisy określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 96, poz. 861, z późn. zm.).

7. Moduł III jest realizowany przez PFRON w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych.

## XI. Źródła finansowania programu

1. Wysokość środków finansowych PFRON na realizację programu ustalana jest corocznie w planie finansowym PFRON. PFRON podejmuje decyzję o podziale środków finansowych przeznaczonych na realizację modułów programu.
2. Podstawą przekazania środków na realizację programu w module I i II jest umowa zawarta pomiędzy PFRON a samorządem powiatowym.
3. PFRON podejmuje decyzję o podziale środków finansowych przeznaczonych na udzielanie dofinansowań przez samorzady powiatowe, według poniższych zasad:
  - 1) środki będą przekazywane w transzach,
  - 2) pierwsza transza obejmować będzie zaliczkę na realizację programu w wysokości co najmniej 60% środków przeznaczonych na udzielanie dofinansowań, podzielonych:
    - a. w module I - z uwzględnieniem liczby osób niepełnosprawnych spełniających warunki uczestnictwa w programie (stopień niepełnosprawności), które zamieszkują na terenie powiatu – na podstawie ostatnich, aktualnych danych Głównego Urzędu Statystycznego,
    - b. w module II - z uwzględnieniem danych z realizacji w roku poprzednim,
  - 3) docelowa wysokość limitów środków finansowych dla samorządów powiatowych ustalana będzie po dniu 30 września każdego roku realizacji programu, na podstawie zapotrzebowania samorządów powiatowych.
4. Środki PFRON są przekazywane z uwzględnieniem:
  - 1) możliwości finansowych PFRON,
  - 2) stopnia wykorzystania przez realizatora programu środków PFRON przekazanych w poprzednim okresie,oraz po:
  - 3) dokonaniu rozliczenia przez realizatora programu środków PFRON za poprzedni okres,
  - 4) przedłożeniu informacji o aktualnym numerze rachunku bankowego oraz nazwie banku realizatora programu, który prowadzi jeden wyodrębniony rachunek bankowy dla środków PFRON przekazanych na realizację programu, w terminie umożliwiającym bieżące finansowanie realizacji programu.
5. W ramach programu finansowane są także wydatki:
  - 1) PFRON, ponoszone na:
    - a. promocję programu - do wysokości 0,2%,
    - b. wynagrodzenia ekspertów PFRON - do wysokości 0,6%,
    - c. ewaluację programu – do wysokości 0,2%  
- środków zaplanowanych na realizację programu,
  - 2) samorządów powiatowych, ponoszone na:
    - a. promocję programu - do wysokości 1%,
    - b. ewaluację programu - do wysokości 0,5%,
    - c. obsługę programu - do wysokości 5%  
- środków przekazanych samorządom powiatowym na realizację programu.
6. W przypadku, gdy samorząd powiatowy wykorzysta poniżej 90% środków przekazanych w danym roku przez PFRON na realizację programu, wysokość środków na obsługę programu będzie wyliczana od wysokości środków wykorzystanych na realizację programu.

## XII. Zadania realizatorów programu

Do zadań realizatorów programu należy w szczególności:

### 1. Zarząd PFRON:

- 1) zatwierdzenie zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach programu, wzoru oświadczenia o przystąpieniu do realizacji programu, wystąpienia w sprawie przyznania środków finansowych PFRON na realizację programu oraz umowy w sprawie realizacji programu,
- 2) zatwierdzanie dokumentu wyznaczającego kierunki działań programu oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu w danym roku,
- 3) ustalanie zasad oceny efektywności programu,
- 4) wnoszenie do Rady Nadzorczej PFRON projektów modyfikacji programu,

### 2. Oddziały PFRON:

- 1) promocja programu,
- 2) przyjmowanie oświadczeń o przystąpieniu do realizacji programu przez samorządy powiatowe z terenu działania Oddziału oraz wystąpień w sprawie przyznania środków finansowych PFRON na realizację programu,
- 3) zawieranie umów w sprawie realizacji programu,
- 4) nadzorowanie realizacji programu przez samorządy powiatowe z terenu działania Oddziału oraz udzielanie im wsparcia merytorycznego,
- 5) ustalanie wysokości docelowego zapotrzebowania na środki finansowe na realizację programu w danym roku,
- 6) monitorowanie prawidłowości wykorzystania środków PFRON,
- 7) kontrola wydatkowania środków PFRON w ramach programu przez samorząd powiatowy,
- 8) sprawozdawczość z realizacji programu na potrzeby Biura PFRON,
- 9) zawieranie i obsługa umów z ekspertami PFRON,

### 3. samorząd powiatowy:

- 1) nabór oraz weryfikacja formalna i merytoryczna wniosków,
- 2) podejmowanie decyzji o przyznaniu bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy,
- 3) obsługa administracyjno – finansowa zawartych umów,
- 4) monitorowanie prawidłowości wykorzystania środków PFRON i realizacji celów programu przez beneficjentów pomocy,
- 5) sprawozdawczość z realizacji programu na potrzeby PFRON,
- 6) promocja i ewaluacja programu,

### 4. Biuro PFRON:

- 1) zarządzanie i koordynacja realizacji programu,
- 2) przyznawanie limitów środków finansowych,
- 3) realizacja modułu III programu,
- 4) monitorowanie realizacji programu,
- 5) przygotowywanie sprawozdań z realizacji programu na potrzeby Zarządu PFRON,
- 6) okresowa i końcowa ewaluacja programu.

**Minimalna liczba punktów uprawniająca do uzyskania dofinansowania  
 Wniosek "P"**

<b>Moduł I Obszar A Zadanie 1, 2</b> 1) 5+5 2) 10 3) – = 45 pkt 4) 5 5) 20	<b>Moduł I Obszar B Zadanie 1, 2</b> 1) 10+5 2) 10 3) – = 50 pkt 4) 5 5) 20
<b>Moduł I Obszar C Zadanie 1</b> 1) 10 + 5 + 5 2) 10 3) – = 60 pkt 4) 5 + 5 5) 20	<b>Moduł I Obszar C Zadanie 2</b> 1) 5 + 5 2) 10 3) – = 45 pkt 4) 5 5) 20
<b>Moduł I Obszar C Zadanie 3, 4</b> 1) 5 2) 10 3) – = 40 pkt 4) 5 5) 20	<b>Moduł I Obszar D</b> 1) 5 2) 10 3) – = 25 pkt 4) 5 5) 5

**Wniosek "O"**

<b>Moduł I Obszar A Zadanie 1, 2</b> 1) – 2) 40 3) 25 = 65 pkt 4) –	<b>Moduł I Obszar B Zadanie 1, 2</b> 1) 5 2) 40 3) 25 = 70 pkt 4) –
<b>Moduł I Obszar C Zadanie 1</b> 1) 5 2) 40 3) 25 + 5 = 75 pkt 4) –	<b>Moduł I Obszar C Zadanie 2</b> 1) 5 2) 40 3) 25 = 70 pkt 4) –
<b>Moduł I Obszar C Zadanie 3, 4</b> 1) – 2) 40 3) 25 = 65 pkt 4) –	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum  
 Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

Maciej Burakowski



## REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW

związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania dotyczące realizacji obszaru A zadanie 2 oraz na badanie w celu wydania opinii eksperta dotyczącej realizacji obszar C zadanie 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 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy;
  - 2) dojazdu Wnioskodawcy na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON w ramach:
    - a) Obszaru C Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości),
    - b) 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) 600 zł w Obszarze A Zadanie 2;
  - 2) 200 zł w Obszarze C Zadanie 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 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](http://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, pracownik 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.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

*Agata Żędzian*

**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\* / 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>																							
<b>Nr rachunku bankowego</b>																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																							

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

**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\* / 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.**

.....  
/miejscowość, data/

.....  
/podpis Wnioskodawcy/

\* niepotrzebne skreślić



Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Wypełnia Realizator programu

Nr sprawy: .....

program finansowany ze środków PFRON



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

### 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"/> Moduł I		<input type="checkbox"/> Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<input type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej		

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

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>  Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)  Miejscowość .....  Ulica .....  Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....  Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)  Miejscowość .....  Ulica .....  Nr domu ..... nr lokalu .....  Powiat .....  Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e'mail (o ile dotyczy): .....
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpwołomin.pl](http://www.pcpwołomin.pl)

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej  
 obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O    | Lewe oko:<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Prawe oko:<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma       |   |  |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma |   |  |

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- |   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11-I inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja  | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y\*  poszukująca/y pracy\*  nie dotyczy  
 \*W przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowane zaświadczenie

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<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	

działalność gospodarcza  na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

Nr NIP: .....

Inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

A A

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

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

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy tylko Modułu I**

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA 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?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak  nie

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

.....

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



## 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 powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
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.	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
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)?	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?(jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia)	<p><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	<p>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia)	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
Marek Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Zędzian

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „O” – część A (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"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawie) należy wypełnić wszystkie pola

<b>DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY</b>	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)	Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (poczta)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
ulica .....	ulica .....
Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....	Nr domu ..... Nr lok. ....
Województwo .....	Województwo .....
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	
Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....	
e'mail (o ile dotyczy): .....	
Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)	
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:

## 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   -     .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Powiat .....

Województwo .....

 miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

## 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 osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji): .....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji): .....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

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

## 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: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej: .....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat - jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia): .....

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia: .....  bezrobotna/y\*  poszukująca/y pracy\*  nie dotyczy

\*W przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowne zaświadczenie

zatrudniona/y:

od dnia: ..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna  staż zawodowy

Adres miejsca pracy: .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

Nr NIP: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (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 powtórzenia/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	..... ..... ..... ..... .....
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy 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 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 zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. <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

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

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2

STRONA 5

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

##### Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:  NIE  TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu: .....

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
<b>Razem</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA

JAZDY:  NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku.....

numer rachunku bankowego .....

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  nie  tak,
- 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprwołomin.pl](http://www.pcprwołomin.pl)
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B:  nie  tak,
- 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,

- 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, 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 (wiersze 9-12)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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"/>	
5. Kserokopia orzeczenia od lekarza uprawnionego do badań kierowców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Harmonogram kursu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Kserokopia 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"/>	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Włocławku

Agata Żędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Włocławku

Maciej Burakowski

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2 STRONA 5**

Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
<b>RAZEM</b>	
Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<b>RAZEM</b>	

**5. Informacje uzupełniające**

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursy komputerowe: .....

.....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA:  NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\* - należy zaznaczyć właściwe



## Oświadczam, że:

STRONA 6

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  nie  tak,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę 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.pcprowolomin.pl](http://www.pcprowolomin.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania:  nie  tak,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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 ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy 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 (wiersze 11-12)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia 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 średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 a lub 2b do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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"/>	
5. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Faktura proforma na sprzęt elektroniczny ze szczegółową specyfikacją (obszar B1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Szczegółowa informacja dotycząca każdego z wnioskowanych sprzętów wraz z uzasadnieniem jak dany sprzęt znosić będzie skutki niepełnosprawności (obszar B1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Zedzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

STRONA 5

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
<b>RAZEM</b>	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE     TAK - w ramach (np. programu) ..... w ..... r.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE     TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:     NIE     TAK, w dniu: ..... r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE     TAK, w dniu: ..... r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE     TAK, w dniu: ..... r.

\*- należy zaznaczyć właściwe

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku .....

numer rachunku bankowego.....

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  nie  tak,
- 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.pcprwolomin.pl](http://www.pcprwolomin.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 ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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 (wiersze 8-11)**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia 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 średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Maciej Burakowski

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

STRONA 5

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
ŁĄCZNIE		

#### 6. Informacje uzupełniające

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

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:  stabilny  niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: .....

NIE POSIADAM PROTEZY

OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:  NIE  TAK

w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  nie  tak,
- 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pccprwołomin.pl](http://www.pccprwołomin.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  nie  tak,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),

6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  nie  tak,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie 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 (wiersze 8-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia 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"/>	
5.	Faktura proforma wraz ze szczegółową specyfikacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<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"/>	

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

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

STRONA 5

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>  Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: ..... Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: ..... Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... w ..... r. Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r. Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r. Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):  	
<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</b>	
nazwa banku..... numer rachunku bankowego.....	

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  nie  tak,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprowolomin.pl](http://www.pcprowolomin.pl)
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  nie  tak,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  nie  tak,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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 (wiersze 8-9)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia 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 średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Oświadczenia 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"/>	
5. Faktura proforma wraz ze szczegółową specyfikacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

STRONA 5

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	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
<b>RAZEM:</b>					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

6. Informacje uzupełniające

<p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b>                  na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p>
nazwa banku.....
numer rachunku bankowego.....

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  nie  tak,
- 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.pcprwołomin.pl](http://www.pcprwołomin.pl)
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- 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 ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, 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 (wiersze 9-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dolączył do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia umowy zawartej przez wnioskodawcę ze żłobkiem lub przedszkolem lub opiekunem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia 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"/>	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Maciej Burakowski

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

STRONA 5

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE  
 Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

<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"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole..... (ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:  tak  nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  tak  nie

Pełna nazwa szkoły: .....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Rok nauki	Semestr nauki
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne): ..... **			
Oplata za naukę (czesne): ..... **			
Oplata za naukę (czesne): ..... **			
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
<b>DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA</b>			
<b>Razem</b>			

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki

#### 6. Informacje uzupełniające

Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny

TAK

NIE

Średnia ocen: ....., w skali:  - (od 1 do 5)  - innej, jakiej:.....

Przez średnią ocen należy rozumieć średnią wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (jako średnią arytmetyczną), na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny), którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń); w przypadku studentów pobierających naukę na pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia

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.

nie  tak:  2 przyczyny  3 przyczyny niepełnosprawności

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\*** (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

nazwa banku..... (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego.....

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego  
 nie  tak,
- 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 przyjmuję(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprowolomin.pl](http://www.pcprowolomin.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 ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  nie  tak,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, 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 (wiersze 9-12)**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączona do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia 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.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <i>Uwaga!</i> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Faktura VAT potwierdzająca poniesienie opłat za naukę (czesne)	<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"/>	

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Maciej Burakowski

## WNIOSEK „P” CZĘŚĆ B O DOFINANSOWANIE nr:..... - WYPEŁNIA REALIZATOR

**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęćka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęćka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ..... / ..... / 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku:

 pozytywna negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

 - tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

 - tak  - nie

pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... / ..... / 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... / ..... / 20..... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – dotyczy Modułu I**

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku	
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	stopień niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka)	10	30		
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5			
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		10			
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące		5			
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5			
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5			
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		15		25	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10			
<b>3</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		70	70		
b)	osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		65			
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		60			
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		55			
<b>4</b>	<b>Miejsce zamieszkania:</b>					
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10		
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5			
<b>5</b>	<b>Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	45		
d)	dotychczasowe osoby niepełnosprawne (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5			
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10			
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.7 wniosku)		5			
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		20			
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		- 20			
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5			
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>			<b>maksymalnie 180</b>			

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../20..... r. (o ile dotyczy)

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

Pieczątką imienną, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
	.....	.....	.....

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20..... r

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**pozytywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....negatywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 ..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 ..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D ..... zł

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2**

Koszty kursu i egzaminów: ..... zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: ..... zł
---------------------------------------	---

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4**

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: ..... zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: ..... zł
--	---

**W przypadku wniosku w ramach Modułu II**

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: ..... zł.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: ..... zł
--	--

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

**pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę**

data, podpis:

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Promocy Rodziny  
w Włodzku**pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu**

data, podpis:

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Promocy Rodziny  
w Włodzku

Maciej Burakowski

WNIOSEK „O” CZĘŚĆ B O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR

Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuje się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ..... / ..... / 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku:  pozytywna  negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....  - tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - nie

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis: \_\_\_\_\_

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: \_\_\_\_\_

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... / ..... / 20.... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... / ..... / 20.... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie

*Je*

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... - dotyczy Modułu I

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku	
<b>1</b>	<b>Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:</b>					
a)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	10	20			
a)	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące	5				
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności	5				
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5				
<b>2</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej	55	70			
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	50				
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	40				
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a	70				
<b>3</b>	<b>Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:</b>					
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	25	30			
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)	5				
<b>4</b>	<b>Inne kryteria:</b>					
a)	osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)	30	60			
b)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	1				
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	1				
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby – w przypadku więcej niż jedna osoba		1 5		
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)	2				
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo	20				
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <i>skuter</i>	- 20				
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	1				
<b>II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)</b>		<b>maksymalnie 180</b>				

III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi: .....

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../20.....r. (o ile dotyczy)

## OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pleczątką imienną, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>
			data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20..... r.

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Włotomlinie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Włotomlinie

Maciej Burakowski



**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**pozytywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....negatywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** **Obszar A – Zadanie nr 1** **Obszar B – Zadanie nr 1** **Obszar B – Zadanie nr 2**

..... zł

..... zł

..... zł

 **Obszar C – Zadanie nr 1** **Obszar C – Zadanie nr 2**

..... zł

..... zł

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....  
podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętki imienne kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wotominie  
*Agata Budał*

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wotominie  
*Maciej Burakowski*

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto ustalony zgodnie z przepisami o świadczeniach rodzinnych (pod uwagę bierzemy dochód obliczony za rok kalendarzowy poprzedzający rok złożenia wniosku).

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 przepisem nr 1):

		Średni 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.		
6.		
7.		
<b>RAZEM</b>		

### Oświadczam, także że:

- 1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie złotych: .....)  
 (należy wyliczyć zgodnie z przepisem 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 postawie 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.

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum  
 Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

Maciej Burakowski

## **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 (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307). **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 średni 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 średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

średni miesięczny dochód netto  
przypadający na jedną osobę  
pozostającą we wspólnym  
gospodarstwie domowym  
z Wnioskodawcą

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

.....  
**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 .....

(**miejsce**)

(**data**)

pieczętąka, nr i podpis lekarza \*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

Agata Żędzian

wypełnia lekarz specjalista związany w rodzajem dysfunkcji

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum  
 Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

Maciej Burakowski

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

....., dnia

### ZASWIADCZENIE 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 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

# k

6. Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

**proszę zakreślić właściwe pola**

1. Pacjent **może** poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie **ręcznym**:

tak  nie

2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest **niewskazane**, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych:

tak  nie

3. **Przeciwwskazania** do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym

(np. utraty przytomności, epilepsja): .....

.....

.....  **brak przeciwwskazań**

pieczętka, nr i podpis lekarza

**Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdychu 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, przeciwdrożdżynowe, 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> :

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

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wokulnie

.....  
Aneta Kędzior

wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

(data)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wokulnie

.....  
Maciej Barakowski

pieczętka, nr i podpis lekarza\*

.....  
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**

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

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

(miejscowość)

(data)

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

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

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Piotrkowie

Agata Zędzian

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie

Maciej Burakowski

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

(miejsce)

(data)

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

ZASTĘPCA DYREKTORA  
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

\* Wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

*Agata Żędzian*

DYREKTOR  
 Powiatowego Centrum  
 Pomocy Rodzinie  
 w Wołominie

*Maciej Burakowski*



**Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wołominie przy ul. Legionów 78 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

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

.....  
(imię i nazwisko)

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - *niepotrzebne skreślić*):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wołominie przy ul. Legionów 78 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z póź. zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

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

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wołominie  
*Maciej Burakowski*

.....  
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.....

Czy Pan/Pani powtarza rok nauki:  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  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

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....\*\* (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

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)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wągrowinie

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Wągrowinie  
Maciej Burakowski

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: