

Zarządzenie Nr 9a/2012
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 07.08.2012r.

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 27.06.2012 r., Aneks nr 1 do Porozumienia nr O-07/39/AS/2012 z dnia 27.06.2012 r. zawartym w dniu 05.07.2012 r. – dotyczącymi pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, 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 postępowania** 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;
- 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, 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, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **obszar A**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia;
- 5) Wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **obszar B1 – B4**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 5** do niniejszego zarządzenia;
- 6) Wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **obszar C**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 6** do niniejszego zarządzenia;



- 7) Wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **obszar D**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 7** do niniejszego zarządzenia;
- 8) Wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **obszar E**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 8** do niniejszego zarządzenia;
- 9) Wzór **Wkładki** do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **obszar F**, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 9** do niniejszego zarządzenia;
- 10) Wzór **Części B Wniosku „P” i „O”** (*wypełnia Realizator pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”*), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 10** do niniejszego zarządzenia;

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.


DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

Monika Dąbrowska


prawnik


ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Zędzian

**Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym
programie „Aktywny Samorząd”**

Niniejsze zasady określają:

- 1) Definicje pojęć.
- 2) Podstawa prawna.
- 3) Cele programu.
- 4) Adresat Programu.
- 5) Formy i zakres pomocy udzielanej w ramach programu.
- 6) Wniosek o dofinansowanie. Weryfikacja formalna i merytoryczna wniosku.
- 7) Decyzja o przyznaniu dofinansowania.
- 8) Umowa dofinansowania i jej rozliczenie.
- 9) Kontrola.
- 10) Zobowiązania beneficjentów
- 11) Zasięg i okres realizacji programu.
- 12) Preferencje PFRON przysługujące wnioskodawcom w trakcie rozpatrywania wniosków.

I. Definicje pojęć.

Ilekcroć 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. **Centrum** – należy przez to rozumieć Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
8. **PFRON** – należy przez to rozumieć Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
9. **programie** (bez bliższego określenia) – należy przez to rozumieć pilotażowy program „Aktywny samorząd”;

10. **udziale własnym** – należy przez to rozumieć wkład finansowy, jaki wnioskodawca zobowiązany jest zaangażować w związku z dofinansowaniem;

11. **osobach w wieku aktywności zawodowej** – należy przez to rozumieć pełnoletnie osoby w wieku, w przypadku:

- a. kobiety – do 60 roku życia,
- b. mężczyźni – do 65 roku życia;

12. **wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć wnioskującego o dofinansowanie z tym, że:

a. w przypadku niepełnoletnich adresatów programu (dzieci i młodzież do lat 18), wnioskodawcą jest jeden z rodziców sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny,

b. w przypadku pełnoletnich osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, wnioskodawcą jest opiekun prawny;

13. **wniosku** – należy przez to rozumieć pisemny wniosek wnioskodawcy o przyznanie dofinansowania;

14. **wymagalnych zobowiązaniach** – należy przez to rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty upłynął.

15. **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,

przy czym w przypadkach, o których mowa w lit. b i c, rejestracja w urzędzie pracy, która nastąpiła w ciągu 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku, nie będzie uznawana za spełnienie warunku uczestnictwa w programie, z wyjątkiem przypadku:

- ▲ gdy w tym okresie nastąpiło ustanie stosunku pracy a od daty ustania stosunku pracy do dnia zarejestrowania w urzędzie pracy nie upłynęło więcej niż dwa miesiące,
- ▲ gdy wnioskodawca jest absolwentem – jeśli od daty ukończenia szkoły do dnia zarejestrowania w urzędzie pracy nie upłynęło więcej niż dwa miesiące,
- ▲ gdy wnioskodawca w ciągu roku poprzedzającego złożenie wniosku przebywał na długotrwałym leczeniu (trwającym dłużej niż 3 miesiące), a od daty zakończenia leczenia do dnia zarejestrowania w urzędzie pracy nie upłynęło więcej niż dwa miesiące,
- ▲ gdy wnioskodawca aktualnie uczestniczy w kursie lub szkoleniu służącym podniesieniu kwalifikacji zawodowych, a uczestnictwo w tym kursie lub szkoleniu wiązało się z koniecznością wcześniejszego wykreślenia z rejestru urzędu pracy;

16. **braku możliwości poruszania się samodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym** – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia oraz dysfunkcji narządu ruchu osoby niepełnosprawnej wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim; oceniając zasadność dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym należy brać pod uwagę, czy:

- ▲ korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

- ▲ korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- ▲ istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja),
- ▲ zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej;

17. **dysfunkcji narządu ruchu** – należy przez to rozumieć:

a) w przypadku obszaru A – dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności) – dysfunkcja narządu ruchu musi być przyczyną wydania orzeczenia,

b) w przypadku obszaru B1 – potwierdzony zaświadczeniem lekarskim, wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia a także dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe); oceniając zakres i rodzaj ograniczeń bierze się pod uwagę, czy obniżenie sprawności ruchowej wyklucza korzystanie ze standardowego sprzętu komputerowego;

18. **dysfunkcji narządu wzroku (w przypadku obszarów: B1 – B3)** - należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności; w przypadku:

a) osób niepełnosprawnych do 16 roku życia,

b) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności,

wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wnioski, utraciła wzrok albo ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,06 i/lub ma zwężenie pola widzenia poniżej 30 stopni; oceniając zakres i rodzaj ograniczeń bierze się pod uwagę, czy obniżenie sprawności wzrokowej wyklucza korzystanie z podstawowego (standardowego) sprzętu komputerowego i oprogramowania,

19. **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;

20. **obszarze wiejskim** - należy przez to rozumieć obszar wiejski w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.);

21. **oprzyrządowaniu samochodu** – należy przez to rozumieć dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego np. podnośnik lub najazd dla wózka inwalidzkiego, dodatkowe pasy i uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie, specjalne siedzenia, niestandardowe akcesoria

i urządzenia wspomagające kierowanie samochodem przez osobę niepełnosprawną ruchowo, w tym automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła, ręczny gaz – hamulec, elektroniczna obręcz przyspieszenia oraz urządzenia pomocnicze: przedłużenie pedałów, przeniesienie przełączników, dźwigni i pedałów, system wspomagania parkowania, sterowanie elektroniczne, elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia itp.;

22. **orzeczeniu równoważnym** – należy przez to rozumieć regulacje, o których mowa w art. 5 i 62 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.);

23. **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;

24. **podstawowym oprogramowaniu** – należy przez to rozumieć standardowe oprogramowanie, w tym również aktualizacyjne, dedykowane m.in. dla podstawowego sprzętu komputerowego, nieposiadające znamion szczególnego przystosowania do potrzeb osób z dysfunkcją narządu wzroku lub osób z brakiem lub znacznym niedowładem obu kończyn górnych, np. edytory tekstów, arkusze kalkulacyjne, słowniki, przeglądarki internetowe, encyklopedie, programy edukacyjne;

25. **podstawowym sprzęcie komputerowym** – należy przez to rozumieć standardowy sprzęt komputerowy nie będący specjalnie zaprojektowany i produkowany na potrzeby osób z dysfunkcją narządu wzroku lub osób z brakiem lub znacznym niedowładem obu kończyn górnych, tj. jednostkę centralną komputera (w której skład wchodzi m.in.: procesor, płyta główna, pamięć operacyjna, twardy dysk, zasilacz, obudowa) np. komputer stacjonarny, komputer o budowie kompaktowej typu all-in-one (wszystko w jednym), komputer przenośny typu lap-top, notebook, netbook, palmtop, PDA, a także standardowe urządzenia i podzespoły elektroniczne, czyli urządzenia i podzespoły znajdujące się w powszechnym użytku do zastosowań zarówno amatorskich jak i profesjonalnych, współpracujące z ww. jednostkami centralnymi komputera i stanowiące ich uzupełnienie;

26. **posiadaczu samochodu** (w rozumieniu programu) – należy przez to rozumieć jego właściciela lub współwłaściciela;

27. **specjalistycznym oprogramowaniu komputerowym** – należy przez to rozumieć każde oprogramowanie, w tym aktualizacyjne, które nie jest oprogramowaniem podstawowym, posiadające szczególne znamiona przystosowania do potrzeb osób z brakiem lub znacznym niedowładem obu kończyn górnych albo z dysfunkcją narządu wzroku oraz schorzeń współistniejących;

28. **specjalistycznym sprzęcie komputerowym** – należy przez to rozumieć, stosownie do potrzeb wynikających z rodzaju i zakresu niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej:

a) każdy sprzęt komputerowy lub jego element, który nie jest podstawowym sprzętem komputerowym (np. klawiatura brajlowska, klawiatura z większymi klawiszami, dostosowanymi nakładkami i ramkami, mysz pneumatyczna, myszka sterowana głową, urządzenia umożliwiające poruszanie kursorem poprzez ruchy wykonywane głową lub za pomocą mrugania, monitor komputerowy o przekątnej ekranu przekraczającej 24”),

b) elektroniczne urządzenia współpracujące z podstawowym sprzętem komputerowym (np. lupy elektroniczne, powiększalniki komputerowe, sprzętowe syntezatory mowy, udźwiękowione słowniki, dyktafony, notatniki cyfrowe),

które to sprzęty i urządzenia posiadają szczególne, funkcjonalne znamiona przystosowania do potrzeb osób:

- ▲ z dysfunkcją wzroku - z wyłączeniem sprzętów i urządzeń pełniących samodzielnie funkcję urządzeń lektorskich lub brajlowskich, lub
- ▲ z brakiem albo znacznym niedowładem obu kończyn górnych,

oraz schorzeń współistniejących;

29. urządzeniach brajlowskich – należy przez to rozumieć samodzielnie funkcjonujące, elektroniczne urządzenia nie posiadające znamion podstawowego sprzętu komputerowego i podstawowego oprogramowania, które to urządzenia posiadają szczególne znamiona przystosowania dla osób z dysfunkcją wzroku, umożliwiające co najmniej:

- a) przetwarzanie grafiki i/lub tekstu na pismo Braille'a i/lub na formę wypukłych rysunków, np. linijki brajlowskie, monitory brajlowskie, tablety wypukłe, notatniki brajlowskie,
- b) wykonywanie wydruków w piśmie Braille'a i/lub w formie rysunków wypukłych m.in. na nośnikach papierowych, foliach, papierze pęczniącym np. drukarki brajlowskie, termograficzne;

30. urządzeniach lektorskich – należy przez to rozumieć samodzielnie funkcjonujące, elektroniczne urządzenia nie posiadające znamion podstawowego sprzętu komputerowego i podstawowego oprogramowania, które to urządzenia posiadają szczególne znamiona przystosowania dla osób z dysfunkcją wzroku poprzez umożliwienie rejestrowania i/lub przetwarzania grafiki i/lub tekstu na mowę syntetyczną i/lub na dane cyfrowe;

31. zatrudnieniu – należy przez to rozumieć:

- 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291, z późn. zm.),
- d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.),
- 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.).

32. ekspert - lekarz specjalista o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności Wnioskodawcy, który wypowiada się, co do możliwości pozytywnej weryfikacji pod względem kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności lub co do celowości wnioskowanego dofinansowania jeśli w trakcie oceny wniosku nasuwa się wątpliwość.

II. 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.).

III. Cele programu

1. Celem głównym programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.
2. Cele szczegółowe programu:
 - 1) likwidacja lub ograniczenie bariery transportowej (obszary: A i E),
przygotowanie beneficjentów pomocy z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego (obszary: B1-B4),
 - 2) likwidacja lub ograniczenie bariery w poruszaniu się, umożliwiające uczestnictwo beneficjentów pomocy w aktywności społecznej albo wzrost lub utrzymanie istniejącej aktywności (obszary: C i D),
 - 3) umożliwianie beneficjentom pomocy pełnienia różnych ról społecznych poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie (obszar F).

IV. Adresat programu

1. Adresatem programu jest osoba niepełnosprawna, która w przypadku:
 - 1) obszaru A – jest w wieku aktywności zawodowej lub jest dzieckiem i posiada:
 - a) znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
 - b.)dysfunkcję narządu ruchu,
 - 2) obszaru B1 – jest w wieku aktywności zawodowej lub jest dzieckiem i posiada:
 - a) znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
 - b) dysfunkcję obu kończyn górnych lub narządu wzorku,
 - 3) obszaru B2 i B3 - jest w wieku aktywności zawodowej lub jest dzieckiem i posiada:
 - a) znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
 - b) dysfunkcję narządu wzroku,
 - 4) obszaru B4 - jest w wieku aktywności zawodowej lub jest dzieckiem i posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności oraz która jest lub w danym roku będzie beneficjentem pomocy w ramach obszaru: B1, B2 lub B3,
 - 5.)obszaru C: jest w wieku aktywności zawodowej lub jest dzieckiem i
 - a) posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
 - b) nie może poruszać się samodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym,
- z zastrzeżeniem ust. 2,

6) obszaru D – posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności oraz jest użytkownikiem wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,

7) obszaru E – jest pełnoletnia, w wieku aktywności zawodowej i posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności wydany z powodu dysfunkcji narządu ruchu oraz brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami,

8) obszaru F – jest w wieku aktywności zawodowej, posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, jest aktywna zawodowo i ma pod swoją opieką dziecko.

2. Kobiety powyżej 60 roku życia oraz mężczyźni powyżej 65 roku życia mogą uczestniczyć w obszarze C programu, o ile są zatrudnieni.

3. Rodzaj niepełnosprawności uprawniający do uczestnictwa w programie osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wnioski, musi być potwierdzony:

1) w orzeczeniu o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności tej osoby albo w orzeczeniu równoważnym,

oraz gdy PFRON określa dodatkowe wymagania w zakresie rodzaju niepełnosprawności:

2) w zaświadczeniu lekarskim, wydanym przez lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności adresata programu.

4. Adresat programu może ubiegać się o dofinansowanie w ramach obszarów: A–D stosownie do potrzeb wynikających z rodzaju i zakresu niepełnosprawności.

5. W programie nie mogą uczestniczyć wnioskodawcy:

1) którzy posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec realizatora programu,

2) ubiegający się o dofinansowanie w obszarze C, którzy w ciągu dwóch lat przed złożeniem wniosku uzyskali pomoc ze środków PFRON na cele przewidziane w ramach obszaru D,

3) ubiegający się o dofinansowanie w obszarach: A – E którzy w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskali odpowiednio na te cele pomoc ze środków PFRON,

4) ubiegający się o dofinansowanie w obszarze D, jeśli nie upłynęła gwarancja udzielona na użytkownika wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub jego elementy, o dofinansowanie których wnioskodawca ubiega się w ramach wniosku.

V. Formy i zakres pomocy udzielanej w ramach programu

1. W ramach programu udzielane jest dofinansowanie kosztów:

1) zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (obszar A),

2) zakupu specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem (obszar B1),

3) zakupu urządzeń lektorskich (obszar B2),

4) zakupu urządzeń brajlowskich (obszar B3),

5) szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania oraz urządzeń lektorskich i brajlowskich (obszar B4),

6) zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (obszar C),

7) zakupu dodatkowego wyposażenia, części zamiennych i akumulatorów do posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym i/lub jego niezbędnych napraw, remontów, przeglądów technicznych, konserwacji i renowacji (obszar D), z uwzględnieniem możliwości refundacji kosztów poniesionych w okresie do 6-ciu miesięcy przed złożeniem wniosku,

8) uzyskania prawa jazdy (obszar E), w szczególności:

a. kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B, oraz w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy:

b. kosztów związanych z:

zakwaterowaniem i wyżywieniem w okresie trwania kursu,
dojazdem, obejmujących koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu,

9) opłaty za pobyt dziecka osoby niepełnosprawnej w żłobku lub przedszkolu (obszar F), z uwzględnieniem możliwości refundacji kosztów poniesionych od dnia złożenia wniosku.

2. Maksymalna kwota dofinansowania ze środków PFRON w ramach poszczególnych obszarów programu wynosi, w przypadku:

1) obszaru A – 5.000 zł,

2) obszaru B1 – 5.000 zł,

3) obszaru B2 – 5.000 zł,

4) obszaru B3 – 12.000 zł,

5) obszaru B4:

a) dla osoby głuchoniewidomej – 1.500 zł,

b) dla pozostałych adresatów obszaru – 1.000 zł,

6) obszaru C – 7.000 zł, z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania do 14.000 zł w indywidualnych przypadkach, wyłącznie w przypadku, gdy:

a) zwiększenie tej kwoty umożliwi zakup wózka dopasowanego do indywidualnych potrzeb zdrowotnych osoby niepełnosprawnej, będącej adresatem programu,

b) celowość zwiększenia kwoty dofinansowania zostanie potwierdzona przez eksperta powołanego przez realizatora programu,

7) obszaru D – 3.000 zł,

8) obszaru E:

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,

9) obszaru F – 200 zł miesięcznie, jednak nie więcej niż 2.200 zł w ciągu roku – za każde dziecko wnioskodawcy przebywające w żłobku lub przedszkolu.

3. Udział własny wnioskodawcy jest wymagany w ramach obszarów: A, B1, B2, B3, C, E i F. Wynosi w przypadku:

1) zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (obszar A) – 15% ceny brutto zakupu/usługi,

2) specjalistycznego sprzętu komputerowego i oprogramowania (obszar B1) – 10% ceny brutto zakupu,

3) urządzeń lektorskich (obszar B2) – 10% ceny brutto zakupu,

4) urządzeń brajlowskich (obszar B3) – 5% ceny brutto zakupu,

5) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (obszar C) – 10% ceny brutto zakupu,

6) kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B (obszar E) – 25% ceny brutto zakupu/usługi,

7) opłaty za pobyt dziecka osoby niepełnosprawnej w żłobku lub przedszkolu (obszar F) – 15% kosztów tej opłaty.

4. Środki stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON.



fe

5. W sytuacji, gdy łączna wartość uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu w danym roku przekracza kwotę 10.000 zł, zabezpieczeniem udzielonego dofinansowania jest weksel własny in blanco wystawiony przez wnioskodawcę i opatrzony klauzulą „bez protestu” wraz z deklaracją wekslową oraz awalem współmałżonka (o ile dotyczy). W przypadku, gdy wnioskodawca pozostaje w związku małżeńskim, współmałżonek wnioskodawcy oprócz złożonego podpisu na wekslu, podpisuje również deklarację do weksla in blanco. Górną wartością sumy wekslowej jest wartość udzielonego dofinansowania, powiększona o odsetki, określone w umowie dofinansowania oraz koszty dochodzenia roszczeń.

VI. Wniosek o dofinansowanie. Weryfikacja merytoryczna i formalna wniosku.

1. Wniosek o udzielenie dofinansowania w programie Aktywny samorząd należy składać w siedzibie Centrum na właściwych wnioskach wraz z kompletem wymaganych załączników:
 - ▲ kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia),
 - ▲ kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
 - ▲ kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
 - ▲ oświadczenie wnioskodawcy dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych tj. samorząd powiatowy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz dot. wyrażenia zgody przez wnioskodawcę na udostępnienie danych osobowych przez Realizatora do PFRON,
 - ▲ oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,
 - ▲ oraz w przypadkach tego wymagających:
 - ▲ zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, zawierające opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku;
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. Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności - 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 wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków

PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

4. Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Centrum informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
5. 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.
6. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z aktywnością zawodową i nauką wnioskodawcy/podopiecznego wnioskodawcy.
7. Centrum 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 Centrum i PFRON zasobów oraz ustaleń dokonanych w trakcie weryfikacji wniosku.
8. Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika Centrum, 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,
 - 5) wypełnienie wymagalnych rubryk we wniosku i załącznikach do wniosku,
 - 6) zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego - w trakcie weryfikacji sprawdzane jest czy wniosek został podpisany przez osoby do tego uprawnione.
9. Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limicie środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację poszczególnych obszarów programu.
10. 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.
11. Wnioskodawcy, któremu odmówiono przyznania środków finansowych w wyniku uchybień ze strony Centrum przy weryfikacji formalnej wniosku, przysługuje prawo zwrócenia się z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
12. W przypadku wniosku, który w trakcie jego oceny nasuwa wątpliwości co do możliwości pozytywnej weryfikacji pod względem kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy 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 Wnioskodawcy.

13. Przyjmowanie wniosków następuje w trybie ciągłym, jednak nie później niż do dnia 30 września danego roku realizacji programu.
14. W sprawach nieuregulowanych w programie i przez Zarząd PFRON, dotyczących trybu postępowania i zasad dofinansowania stosuje się odpowiednio przepisy określone w rozporządzeniu Ministra Pracy o 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.).

VII. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

1. Decyzję o przyznaniu lub bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje Centrum. Decyzja powinna być rejestrowana w odpowiedniej rubryce formularza wniosku wraz z datą jej podjęcia, pieczęciami i podpisami osób podejmujących decyzję.
2. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.
3. Kwota dofinansowania nie może być wyższa niż kwota wnioskowana.
4. Decyzja o przyznaniu dofinansowania jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.
5. W przypadku przyznania dofinansowania realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Centrum i wnioskodawcą.
6. Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.

VIII. Umowa dofinansowania i jej rozliczenie

1. Po zawarciu umowy w sprawie realizacji programu pomiędzy PFRON a Centrum i przekazaniu Centrum środków PFRON na realizację programu, Centrum 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) kwotę udziału własnego Wnioskodawcy,
 - 6) sposób przekazania dofinansowania przez Centrum,
 - 7) sposób zabezpieczenia prawidłowości realizacji umowy¹

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

- 8) terminy: wykorzystania dofinansowania i dostarczenia do Centrum dokumentów rozliczeniowych, w tym potwierdzenia odbioru dofinansowanego sprzętu/usługi,
- 9) warunki i termin zwrotu dofinansowania w przypadku niedotrzymania przez beneficjenta pomocy zobowiązań wynikających z umowy,
- 10) termin i sposób rozliczenia środków przekazanych przez Centrum na rachunek bankowy beneficjenta pomocy (o ile dotyczy),
- 11) zasady przeprowadzania kontroli wykorzystania środków PFRON przez PFRON i/lub Centrum,
- 12) zobowiązania beneficjenta pomocy wynikające z otrzymania dofinansowania ze środków PFRON.

2. Przekazanie przyznanych środków finansowych następuje:

- 1) na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu / usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez beneficjenta pomocy faktury VAT,
lub
 - 2) co dotyczyć może wyłącznie obszarów B4, D, E i F - na wskazany rachunek bankowy beneficjenta pomocy - do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanie terminu i sposobu rozliczenia przekazanych środków).
3. Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy wyłącznie do beneficjenta pomocy.
4. Faktury VAT (lub inne dowody księgowe, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) przedłożone w celu rozliczenia dofinansowania, muszą być sprawdzone przez Centrum pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym oraz opatrzone klauzulą „opłacono ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w kwocie: - umowa nr: ...”.
5. W przypadku, gdy beneficjent pomocy przedłoży dokumenty, o których mowa w ust. 4 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 Centrum kwoty dofinansowania może nastąpić wówczas według kursu sprzedaży danej waluty w Banku Gospodarstwa Krajowego z dnia dokonania płatności.
6. Zwrotowi, na wskazany przez Centrum rachunek bankowy, podlega:
- 1) kwota dofinansowania przekazana na rachunek bankowy beneficjenta pomocy w części, która nie została uznana przez Centrum podczas rozliczenia przyznanego dofinansowania, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Centrum na rachunek bankowy beneficjenta pomocy – w terminie wskazanym w skierowanej do beneficjenta pomocy pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej części dofinansowania (wezwanie do zapłaty),
 - 2) część dofinansowania niewykorzystana przez beneficjenta pomocy – w terminie wskazanym przez Centrum w umowie dofinansowania.
-

7. Zwrot środków finansowych w terminie późniejszym niż określony zgodnie z ust. 6 pkt 2, powoduje naliczenie odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.
8. W przypadku wykorzystania całości lub części dofinansowania niezgodnie z przeznaczeniem, beneficjent pomocy jest zobowiązany, w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, do zwrotu całości lub części nieprawidłowo wykorzystanego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Centrum na rachunek bankowy beneficjenta pomocy - do dnia ich zwrotu, na wskazany rachunek bankowy.
9. Odsetek, o których mowa w ust. 6 pkt 1 nie nalicza się w przypadku gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od beneficjenta pomocy.
10. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu lub wykonania usług zakupionych lub wykonanych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem przez beneficjenta pomocy umowy z Centrum, z wyłączeniem przypadków, o których mowa w rozdziale V ust. 1 pkt 7 i pkt 9, uwzględniających możliwość refundacji kosztów: utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym oraz opłaty za pobyt dziecka osoby niepełnosprawnej w żłobku lub przedszkolu.
11. Umowa dofinansowania może zostać rozwiązana z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku:
 - 1) niewykonania przez beneficjenta pomocy zobowiązań określonych w umowie, a w szczególności: nieterminowego wykonywania umowy, wykorzystania przekazanego dofinansowania na inne cele niż określone w umowie - gdy beneficjent pomocy nie doprowadzi do usunięcia uchybień w terminie określonym przez Centrum, jednak nie dłuższym niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania do usunięcia uchybień,
 - 2) złożenia we wniosku lub w umowie dofinansowania oświadczeń niezgodnych z rzeczywistym stanem,
 - 3) odmowy poddania się przez beneficjenta pomocy kontroli przeprowadzanej przez PFRON i/lub Centrum.
12. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn określonych w ust. 11, beneficjent pomocy zobowiązany jest do zwrotu kwoty przekazanej przez Centrum, z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia wykonania przez Centrum płatności tych środków do dnia uregulowania całości włącznie – w terminie określonym w informacji o rozwiązaniu umowy.
13. Jeżeli Centrum podejmie kroki w kierunku odzyskania udzielonego dofinansowania, zobowiązane będzie do:
 - 1) wypowiedzenia umowy dofinansowania ze wskazaniem powodu wypowiedzenia,
 - 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 Centrum.
16. Umowa wygasa wskutek wypełnienia przez Centrum i beneficjenta pomocy zobowiązań wynikających z umowy. Umowę zawiera się na czas określony, w przypadku:
- 1) obszarów A – E: na trzy lata, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
 - 2) obszaru F - do 31 grudnia roku, w którym została zawarta umowa dofinansowania.
17. Umowa może być rozwiązana za zgodą stron, w przypadku wystąpienia okoliczności, niezależnych od woli stron, uniemożliwiających wykonanie umowy. W takim przypadku Centrum powiadamia beneficjenta pomocy odrębnym pismem o rozliczeniu lub/i konieczności zwrotu przekazanej kwoty dofinansowania.
18. W ramach programu nie mogą być dofinansowane:
- o pożyczki i spłaty rat oraz odsetek,
 - o koszty poniesione na przygotowanie wniosku,
 - o opłaty związane z realizacją umowy zawartej z beneficjentem pomocy,
 - o koszty nieudokumentowane.
19. Postanowienia dotyczące realizacji umowy i jej rozliczenia winny być uwzględnione w umowach zawieranych pomiędzy beneficjentem a Centrum.
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 umów z beneficjentami pomocy, którzy nie mają możliwości złożenia podpisu i dokonują odcisku palca należy:
1. sprawdzić istnienie w dowodzie osobistym klauzuli „*podpis niemożliwy*”,
 2. sprawdzić, czy złożone dotychczas dokumenty (wniosek, załączniki, inne) były podpisane za pomocą odcisku palca,
 3. przy odcisku palca wpisać imię i nazwisko strony umowy.
22. Po dokonaniu czynności, o których mowa w ust. 21, na egzemplarzu umowy pozostającym w Centrum składają swoje podpisy pracownicy Centrum, w obecności których beneficjent pomocy podpisał umowę - wraz z datą i pieczęcią imienną przy adnotacji „umowę zawarto w obecności:”, przy czym przy zawieraniu umowy wymagana jest obecność dwóch pracowników Centrum.

IX. Kontrola

Centrum i PFRON mają prawo kontroli wykorzystania przedmiotu dofinansowania oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych

fu

w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania. Kontrola może być prowadzona w całym okresie trwania umowy zawartej pomiędzy beneficjentem pomocy a Realizatorem na podstawie których środki PFRON zostały przyznane, przekazane beneficjentom pomocy i rozliczone.

X. Zobowiązania beneficjentów pomocy

1. Beneficjent pomocy jest zobowiązany do:

- 1) wykorzystania środków dofinansowania zgodnie z przeznaczeniem,
- 2) umożliwienia PFRON i Centrum kontroli prawidłowości wykorzystania dofinansowania,
- 3) przekazywania na każde wezwanie Centrum lub PFRON informacji dotyczących efektów udzielonego wsparcia, odzwierciedlającej stan faktyczny oraz innych informacji związanych z uczestnictwem w programie,
- 4) niezwłocznego zawiadomienia Centrum 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,
- 6) dostarczenia do Centrum:
 - a) w przypadku wszystkich obszarów – 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 obszarów: A, B1, B2, B3, C, D - 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 obszaru B4, - pisemnego potwierdzenia ukończenia szkolenia,
 - d) w przypadku obszaru E – pisemnej informacji o wyniku szkolenia i egzaminu/ów dotyczących prawa jazdy,
 - e) w przypadku obszaru F - pisemnego potwierdzenia pobytu dziecka w żłobku lub przedszkolu w okresie objętym dofinansowaniem,
- 7) w przypadku obszarów: B1, B2, B3, C – 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 obszarów: A, B1, B2, B3, D - dokonywania na własny koszt niezbędnych napraw i konserwacji przedmiotu dofinansowania,
- 9) w przypadku obszarów: A, B1, B2, B3, C, D:
 - a) nieodstępowania, a także nieprzekazywania przedmiotu dofinansowania w innej formie osobom trzecim, w okresie obowiązywania umowy dofinansowania,
 - b) udostępniania przedmiotu dofinansowania w celu umożliwienia Centrum 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 Centrum. 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. Centrum zobowiązane jest do uzyskania od beneficjentów pomocy oświadczenia, iż nie otrzymali na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na cele objęte umową dofinansowania i nie ubiegają się odrębnymi wnioskami o dofinansowanie lub dotację ze środków PFRON na te cele.
4. Zapisy uwzględniające zobowiązania, o których mowa w ust. 1 - 3, winny być uwzględnione w umowach zawieranych pomiędzy beneficjentem pomocy a Centrum.

XI. Zasięg i okres realizacji programu

1. Program realizowany jest od dnia jego zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą PFRON, na terenie działania samorządów powiatowych.
2. Termin zakończenia realizacji programu określi Rada Nadzorcza PFRON.

XII. Preferencje PFRON przysługujące wnioskodawcom w trakcie rozpatrywania wniosków:

1. w 2012 roku preferowane są wnioski dotyczące:

- a) osób niepełnosprawnych, które studiują lub uczą się w szkołach ponadgimnazjalnych,
- b) osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo,
- c) mieszkańców obszarów wiejskich,

przy czym ww. kryteria preferencyjne powinny być uwzględnione w punktowym systemie oceny wniosków w ten sposób, że najwyższą liczbę punktów w zakresie preferencyjnym otrzyma wniosek dotyczący osoby niepełnosprawnej studiującej lub uczącej się w szkole ponadgimnazjalnej;

2. w sytuacji, gdy limit środków finansowych przekazany realizatorowi programu przez PFRON na realizację danego obszaru programu nie umożliwi 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, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski wnioskodawców, których dochód jest najniższy.

Piecątka wpływu PCPR

Nr sprawy:

Kompletny wniosek przyjęto w dziale
ds. osób niepełnosprawnych PCPR w
Wołominie w dniu:



Wypełnia Realizator programu

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"/> Obszar A pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar B1 pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	<input type="checkbox"/> Obszar B2 pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
<input type="checkbox"/> Obszar B3 pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> Obszar B4 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich	<input type="checkbox"/> Obszar C pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar D pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar E pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	<input type="checkbox"/> Obszar F pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - (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

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakiej:

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: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... 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	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<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

<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	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	

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
Nr NIP:	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:
---	---

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

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

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<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 5 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)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

bc

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

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 powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) - nie dot. obszaru: B4, E, F Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb.
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
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 deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
6) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)	Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto za miesiąc poprzedzający miesiąc 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 przypisem nr 1**):

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

Oświadczam, także że:

- 1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł. (słownie złotych:);
(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....f.
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

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

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

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

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

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

<p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1. Pacjent może poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest niewskazane, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>..... <input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
---	---------------------------------------

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 wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagiętek 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), jakie:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wolnemine
Agata Łędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wolnemine
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. 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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr. i podpis lekarza

**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 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze 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

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:

ośrodek szkolno-wychowawczy: tak nie internat: tak nie

Nauka prowadzi do: zdania matury uzyskania średniego wykształcenia uzyskania zawodu

Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego? tak nie

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

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

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.....,
 dokonanej 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 5 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)	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

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, umieszczonego na liście stanowiącej załącznik nr 5 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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową/nauką podopiecznego.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)</p> <p>Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb.</p>
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (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 Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)</p>	<p>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<p>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.</p> <p>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar A

STRONA 5

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji
nr rejestracyjny Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

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

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

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:
 NIE TAK w roku w ramach
.....
a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- 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, a także pod adresem: www.pcprowolomin.pl
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** ceny brutto),
- 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: tak - nie,

7. 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,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie 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 6 - 12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.				
8.		<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"/>	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu specjalistycznego sprzętu komputerowego i oprogramowania, urządzeń lektorskich lub urządzeń brajlowskich, a także szkoleń komputerowych

Załącznik Nr 5 do Zarządzenia Nr 9a
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie z dnia 07.08.2012r.

STRONA 5

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar B1-B4

B1 Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt komputerowy, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Specjalistyczny sprzęt komputerowy i oprogramowanie:	
RAZEM	
B2 Specyfikacja zakupu - proszę wymienić urządzenia lektorskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Urządzenia lektorskie:	
RAZEM	
B3 Specyfikacja zakupu - proszę wymienić urządzenia brajlowskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Urządzenia brajlowskie:	
RAZEM	
B4 Specyfikacja zakupu - 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)
RAZEM	

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 (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
B1		
B2		
B3		
B4		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

A

fe

Oświadczam, że:

STRONA 6

- 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, a także: www.pcpwlomin.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu komputerowego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** ceny brutto specjalistycznego sprzętu komputerowego i 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: tak - nie,
- 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 7-12)

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 netto 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. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<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

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Małgorzata Żędzian

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar C

STRONA 5

Specyfikacja zakupu WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

Model (nazwa) wózka:

Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek		
Dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY:

BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM

(istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem): TAK NIE

JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY:

 NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK: MODEL ROK NABYCIA:

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA

INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- 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 „Pegaz 2010” jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprwolomin.pl,
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** ceny brutto),
- 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,

7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

..... dnia /..... /20..... r.

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)

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 netto 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 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 2a do 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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<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"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar D

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	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

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
.....roku.

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: roku.

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:

*- 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)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- 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 do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprowolomin.pl

3. 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,
4. 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,
5. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie 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 6-12)

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 netto 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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<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"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar E

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		
Razem		

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)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- 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, a także: www.pcprwołomin.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej% kosztów uzyskania prawa jazdy,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B: tak - nie,
- 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,

7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
8. 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 5-12)

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 netto 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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<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"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar F

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
RAZEM:					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

<p>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)</p>
numer rachunku bankowego nazwa banku

Oświadczam, że:

- 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 przyjmę(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprowolomin.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej% 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 **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- 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 6-12)

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 netto 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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<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"/>	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR STRONA 7

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracowników 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

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

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



fe

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:				
a)	stopień niepełnosprawności	znacznego (I grupa inwalidzka)	15	50	
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		15		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące		10		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		15		
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5		
2	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, deklarujące wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego		20	20	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
3	Posiadane wykształcenie:				
a)	Wyższe		10	10	
b)	Średnie		5		
4	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkołach policealnych oraz na studiach		15	15	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w innej, niż policealna, szkole ponadgimnazjalnej, prowadzącej do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury		10		
5	Miejsce zamieszkania:				
a)	Wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	15	
b)	dotyczy wyłącznie obszaru C – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		10		
6	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		15	50	
b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 5 lat nie uzyskali żadnej pomocy ze środków PFRON (pkt 2 wniosku)		5		
c)	Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe		10		
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby	5		
		- w przypadku więcej niż jedna osoba	10		
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.8 wniosku)		5		
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów (pkt 3.1 wniosku)		5		
g)	dotyczy wyłącznie obszaru C - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		- 20		
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		10		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6)			maksymalnie 160		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:					

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Pieczałka imienna, 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

A

fe

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....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,
- zrzeczenia się 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"/> Obszar A	<input type="checkbox"/> Obszar B1	<input type="checkbox"/> Obszar B2
<input type="checkbox"/> Obszar B3	<input type="checkbox"/> Obszar B4	<input type="checkbox"/> Obszar C
<input type="checkbox"/> Obszar D		

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: