



Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

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

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

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

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

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

DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

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

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

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

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

Nie dotyczy

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	

Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
 - osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
 - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

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

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

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

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

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

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

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:
 tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:
 tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:
Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

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

UZASADNIENIE WNIOSKU

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

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

tak nie

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

tak nie

Opis dodatkowego wyposażenia:

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

tak nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.): tak nie**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):***Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*

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

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

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

ŚREDNI DOCHÓD**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r., według wzoru: $[(5.549 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$).

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

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

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania		
<input type="checkbox"/> komunikatory / tablice		
<input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych		
<input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje		
<input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)		
<input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne		
<input type="checkbox"/> inne, jakie:		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

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

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

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**Lista**

Załącznik nr 1 - klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych

Załącznik nr 2 - zaświadczenie o zatrudnieniu - w przypadku osoby zatrudnionej

Załącznik nr 4 - zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 03-L

Ponadto do wniosku należy dołączyć:

- aktualne orzeczenie potwierdzające stopień niepełnosprawności bądź równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS),
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną
- dowód rejestracyjny
- oferta cenowa - faktura proforma
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW,
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

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