



Data wpływu:
Nr sprawy:

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

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

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	

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

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

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

Nie dotyczy

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

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

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

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

- działalność gospodarcza
 działalność rolnicza
 zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	

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

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

- Nie dotyczy
 Przedszkole
 Szkoła podstawowa
 Gimnazjum
 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

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu: tak nie**Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):** tak nie**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:***W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.* tak nie**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

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

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 1

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie			
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła			
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia			
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia			
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia			
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec			
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów			
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne			

<input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego			
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników			
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania			
<input type="checkbox"/> inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):			
Razem:			

Minimalny procentowy udział własny wnioskodawcy wynosi co najmniej 15% ceny brutto zakupu/usługi:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

<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>

Załączniki do wniosku Aktywny Samorząd Obszar A zadanie 1

1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)
2. Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę, w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, gdy dysfunkcja ta nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku
3. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni
4. Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej
5. Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny
6. Kserokopia dowodu rejestracyjnego
7. Co najmniej jedna oferta cenowa na wybrany sprzęt lub usługę
8. Zaświadczenie wydane przez właściwy organ potwierdzające, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych

.....
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 u Pacjenta
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	występuje dysfunkcja narządu ruchu	pieczętąka, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	schorzeń o charakterze neurologicznym (10-N)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń (jakich?)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętąka, nr_ i podpis lekarza