

Wniosek złożono w PCPR Płońsk  
w dniu:

Nr sprawy:



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I

(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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.)

Proszę o dofinansowanie*/sfinansowanie		
A-1	Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/>
A-2	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	<input type="checkbox"/>
B-1	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/>
B-2	Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/>
C-2	utrzymanie sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/>
C-3	Zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/>
C-4	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny	<input type="checkbox"/>
D	zapewnienie opieki dla osoby zależnej	<input type="checkbox"/>

Informacje dotyczące wnioskodawcy (dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika)										
Imię i nazwisko										
Data urodzenia										
Dowód osobisty		Seria:		Numer:		Wydany przez:..... W dniu:.....ważny do:.....				
PESEL								pleć	kobieta	mężczyzna
Gospodarstwo domowe:			<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna)				<input type="checkbox"/> wspólne			
Miejsce zameldowania										
Ulica				Nr domu		Nr lokalu				
Miejscowość				Kod pocztowy						
województwo				Powiat						
Kontakt telefoniczny:				Tel. Komórkowy:						
Adres e'mail										
Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)										
Ulica				Nr domu		Nr lokalu				
Miejscowość				Kod pocztowy						
województwo				Powiat						
Kontakt telefoniczny:				Tel. Komórkowy:						
Adres e'mail										

Wysokość dofinansowania o które ubiega się wnioskodawca		
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100 %
wysokość wkładu własnego	zł.	% ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie		zł.
słownie		zł.

Informacje dotyczące podopiecznego											
Imię i nazwisko											
Data urodzenia											
PESEL						płeć		kobieta		mężczyzna	
<b>Miejsce zamieszkania</b>											
Ulica						Nr domu		Nr lokalu			
Miejscowość						Kod pocztowy					
województwo						Powiat					

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY/WYSTAWCY FAKTURY * na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku*	
numer rachunku bankowego:	
- - - - -	
nazwa banku .....	

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż	<input type="checkbox"/>	

Rodzaj niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	

Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	
wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	zł
liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Aktywność zawodowa- zatrudnienie			
Nie dotyczy			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> od dnia.....	<input type="checkbox"/> do dnia.....	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	<input type="checkbox"/> inny, jaki:.....
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy			
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			<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza			<input type="checkbox"/>

Aktualnie realizowany przez wnioskodawcę poziom edukacji		
<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

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat			
nazwa udzielonego wsparcia	wysokość dofinansowania	numer i data zawarcia umowy	termin jej rozliczenia
<b>łącznie</b>			

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

Rejestracja w Urzędzie Pracy	
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>

Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy (nie pozostająca w zatrudnieniu)	<input type="checkbox"/>
Okres rejestracji w Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach)	<input type="checkbox"/>

<b>Uzasadnienie wniosku</b>	
<u>Uwaga:</u> wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu	

**Oświadczam, że:**

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR oraz, że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 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) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 6) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł I” oraz przyjąłem/ę do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd”, i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: [www.plonsk.pcsr.info](http://www.plonsk.pcsr.info) i [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
- 7) zobowiązuję się do bezwzględnego powiadomienia Realizatora programu, tj: PCPR Płońsk o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej.
- 8) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.
- 9) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w obszarze objętym dofinansowaniem.

**Załączniki wymagane do wniosku**

1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego stopień niepełnosprawności bądź równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS)	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 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"/>
3.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>
4.	Moduł I zadanie D - Załącznik nr 3 – zaświadczenie z placówki do której uczęszcza osoba zależna	<input type="checkbox"/>

5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny	<input type="checkbox"/>
6.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>
7.	<b>Faktura VAT/rachunek</b> (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) potwierdzająca dokonanie opłaty - w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o <b>refundację</b> poniesionych kosztów <b>Uwaga!</b> Wymagane jest aby ww. dokumenty finansowe zawierały szczegółową informację dotyczącą przedmiotu dofinansowania jakiego dotyczy opłata oraz wkładu własnego i były podpisane przez wnioskodawcę <b>Uwaga!</b> Wypłata dofinansowania na rachunek bankowy Wnioskodawcy następuje wyłącznie na podstawie <b>Faktury VAT/rachunku</b> zawierającej adnotację „zapłacono”.	<input type="checkbox"/>
9.	Inne nie wymienione powyżej: .....	<input type="checkbox"/>

**Data**..... **podpis wnioskodawcy**.....

**Pouczenie:**

*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.*

\* numer rachunku bankowego Wnioskodawcy należy podać w przypadku Modułu I Obszar D

\* numer rachunku bankowego Wystawcy faktury należy podać w przypadku Modułu I Obszar A zadanie 1 i 2, Obszar B zadanie 1 i 2, Obszar C zadanie 2,3,4