

Wniosek złożono w PCPR w Lwówku Śl.

w dniu

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” – (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Moduł I

Obszar C – Zadanie nr 2

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

PESEL

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/zonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

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 -
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -.....
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub
całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji☐ znaczny stopień☐ I grupa inwalidzka☐ całkowita niezdolność do pracy☐ umiarkowany stopień☐ II grupa inwalidzka☐ częściowa niezdolność do pracy☐ lekki stopień☐ III grupa inwalidzka☐ orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:☐ obu kończyn górnych☐ jednej kończyny górnej☐ obu kończyn dolnych☐ jednej kończyny dolnej☐ innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**☐ osoba niewidoma☐ osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

☐ ŻŁOBEK	☐ PRZEDSZKOLE	☐ SZKOŁA PODSTAWOWA
☐ GIMNAZJUM	☐ TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ STUDIA
☐ INNA, jaka		☐ nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy
 Miejscowość ulica Nr domu
 Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: ☐ - (od 1 do 6) ☐ - innej, jakiej:.....
 Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

(Udokumentować zaświadczeniem z odpowiedniej placówki)

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: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy	
☐ działalność gospodarcza Nr NIP:	☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ☐ 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

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak ☐ nie ☐
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. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórzenia/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel ?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) 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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak ☐ - nie
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania-Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2 STRONA 5

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (wg załączonej oferty cenowej lub kosztorysu)	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) Wr.

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji):

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

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

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

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

☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.

*- należy zaznaczyć właściwe

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

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego: PCPR Lwówek Śląski ☐ tak - ☐ nie
- 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.pcpr.powiatlwowiecki.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- 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 /..... /2014 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
	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)-oryginał do wglądu	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do formularza wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej-oryginał do wglądu	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny-oryginał do wglądu	☐	☐	
6.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika-oryginał do wglądu	☐	☐	
7.	Oświadczenie pełnomocnika (załącznik nr 6 do formularza wniosku)	☐	☐	
8.	Kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy lub/i osoby występującej w imieniu wnioskodawcy –oryginał do wglądu	☐	☐	
9.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki o ile dotyczy	☐	☐	
10.	Zaświadczenie o zatrudnieniu o ile dotyczy	☐	☐	
11.	Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna o ile dotyczy	☐	☐	
12.	Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu o ile dotyczy	☐	☐	
13.	Oferta cenowa lub kosztorys – sztuk.....(minimum 2 oferty)	☐	☐	
14.	Zaświadczenie o średniej ocen za ostatni rok o ile dotyczy	☐	☐	
15.	Oświadczenie o nieubieganiu się o dofinansowanie przedmiotu wskazanego we wniosku za pośrednictwem innego powiatu (załącznik nr 4 do formularza wniosku)	☐	☐	
16.		☐	☐	

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

17.				
-----	--	--	--	--