



program finansowany ze środków PFRON

Data wpływu Wniosku do PCPR:

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

PCPR.6113. 2016

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

[0]

Moduł I Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:

Zadanie nr 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

**Wniosek wypełnia Wnioskodawca w imieniu niepełnoletniego dziecka
lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie**

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)**

*Wniosek należy złożyć w: Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut
Bądź przesać listem poleconym na powyższy adres (decyduje data stempla pocztowego).*

Termin składania wniosku: **do 30 sierpnia 2016 r.**

1a. Dane Wnioskodawcy

imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ___/___/___ r.	płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ___/___/___ r.	data ważności dokumentu ___/___/___ r.	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty		Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
miejsce zamieszkania (adres) - pobyt stały			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
wielkość miejscowości zamieszkania: <input type="checkbox"/> miasto do 5 tyś mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś			
adres zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		kontakt: tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		E-mail (o ile dotyczy)	

1b. Dane dziecka/podopiecznego, zwanego dalej „podopiecznym” w imieniu, którego składany jest wniosek

imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ___/___/___ r.		miejsce urodzenia
pełnoletni: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
miejsce zamieszkania (adres) – jeżeli jest inny niż Wnioskodawcy			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
wielkość miejscowości zamieszkania:		<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys mieszkańców	<input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś
Do wniosku należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego status prawny opiekuna. W przypadku:			
<ul style="list-style-type: none"> • dziecka do 18 r. ż. – skrócony akt urodzenia, • po 18 r. ż w przypadku ubezwłasnowolnienia całkowitego – zaświadczenie ze sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego. 			

2. Stan prawny orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego dotyczy podopiecznego

<input type="checkbox"/> orzeczona niepełnosprawność do 16 roku życia		
<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Ważność orzeczenia:	<input type="checkbox"/> do dnia: ___/___/___ r.	<input type="checkbox"/> ważne bezterminowo
Rodzaj niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe		
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne		
<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu		
<input type="checkbox"/> 04-O dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	
	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> 05-R dysfunkcja narządu ruchu	w zakresie:	
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych
	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
	<input type="checkbox"/> innym	
<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja		
<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia		
<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego		
<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – płciowego		
<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne		
<input type="checkbox"/> 11-I inne		
<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		
Podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		
<input type="checkbox"/> porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		

3. Aktywność zawodowa Podopiecznego (o ile dotyczy) nie dotyczy zatrudniona/y:

Data rozpoczęcia pracy

___/___/___ r.

Forma zatrudnienia:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 staż zawodowy

Czas zatrudnienia:

- na czas nieokreślony
 na czas określony do dnia: ___/___/___ r.

Miejsce zatrudnienia – nazwa pracodawcy:

Adres pracodawcy:

Telefon kontaktowy:

 działalność gospodarcza

Nr NIP:

Działalność prowadzona na podstawie:

(Proszę podać odpowiednie Nr/ nazwę urzędu/ inną podstawę.) wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie inna, jaka i na jakiej podstawie działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

 niezatrudniona/y:

Zarejestrowany w PUP jako:

Data rejestracji w PUP:

 bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy**4. Zdobyte wykształcenie podopiecznego** podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe policealne wyższe inne, jakie:**Obecnie Wnioskodawca pobiera naukę:** nie dotyczy zasadnicza szkoła zawodowa liceum technikum inna, jaka: szkoła policealna kolegium studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) studia podyplomowe studia doktoranckie staż zawodowy w ramach programów UE**Nazwa i adres szkoły, do której wnioskodawca uczęszcza**

nazwa szkoły

klasa/rok

ulica

nr domu

miejscowość

kod pocztowy

telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji

6. 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 11 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 istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

1. Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?

Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności

nie tak 2 przyczyny niepełnosprawności tak 3 przyczyny niepełnosprawności

2. 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)?

nie tak

3. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?

nie tak (1 osoba) tak (więcej niż jedna osoba)

4. 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.

nie tak (proszę opisać jakie):

.....

.....

.....

.....

5. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?

nie tak

5. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego; Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebą powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – Moduł I Obszar C Zadanie 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup części zamiennych, jakich?	
<input type="checkbox"/> Zakup akumulatora: liczba szt.	
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu	
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego	
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji	

8. Wnioskowana kwota dofinansowania przedmiotu wniosku wymieniona w pkt. 7

	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem:		

Do wniosku należy dołączyć wycenę proponowanego dostosowania posiadanego pojazdu (np. faktura proforma)

9. Dane uzupełniające

1. Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? nie / tak, proszę podać rok oraz nazwę programu w ramach, którego było dofinansowanie ze środków PFRON:

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: nie tak w dniu: ___/___/____ r.

2. Posiadany wózek był naprawiany w roku: nie tak,
gwarancja na naprawę upłynęła: nie tak, w dniu: ___/___/____ r.

3. Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem?
(jake są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

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

nie tak, w dniu: ___/___/____ r.

Rachunek bankowy Wnioskodawcy na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby. (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku |

nazwa banku

właściciel konta bankowego

9. Oświadczenia wnioskodawcy

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

a)	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;	
b)	o dofinansowanie ze środków PFRON objęte zakresem niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łańcuckiego;	<input type="checkbox"/> tak \ <input type="checkbox"/> nie
c)	nie będzie w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).	
d)	w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;	<input type="checkbox"/> tak \ <input type="checkbox"/> nie
e)	wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	<input type="checkbox"/> posiadam \ <input type="checkbox"/> nie posiadam
f)	wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	<input type="checkbox"/> posiadam \ <input type="checkbox"/> nie posiadam
Rodzaj zobowiązania:		
<p>Uwaga! – w ramach programu „Aktywny Samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie bądź posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od końca roku, w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON</p>		
g)	posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15 % ceny brutto;	
h)	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;	
i)	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;	
j)	zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także: www.pcpr-lancut.pl ;	
k)	o wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;	
l)	dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocne;	
m)	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.	

art. 233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

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 ____/____/____ r.

Miejscowość

podpis wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Źródło informacji możliwości
uzyskania dofinansowania
w programie:

- Realizator programu (PCPR)
 PFRON
 media

- firma handlowa
 inne (jakie?)

11. Wymagane załączniki do wniosku	Dołączono do wniosku (wypełnia pracownik realizatora)	
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)		
2. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 13 do Regulaminu dofinansowań w ramach pilotażowego programu „aktywny samorząd” w Powiecie Łańcuckim) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu		
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 14 do Regulaminu ...)		
4. Kserokopia aktu urodzenia		
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny		
6. Wycena wnioskowanego przedmiotu		
7. Inne dokumenty:		
a)		
b)		
c)		

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie - 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 ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

Dane pełnomocnika (należy podać w przypadku ustanowienia)			
imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia __/__/____ r.	płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu __/__/____ r.	data ważności dokumentu __/__/____ r.	
Adres zamieszkania			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		Kontakt:	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		e-mail (o ile dotyczy)	

Do wniosku należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo notarialne.