

1. Miejsce złożenia wniosku (Realizator programu):

POWIAT ŁAŃCUCKI
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
 W ŁAŃCUCIE
 UL. PIŁSUDSKIEGO 70/5; 37-100 ŁAŃCUT
 Tel. 17 225 69 69
 e-mail: pcpr@pcpr-lancut.pl

2. Data wpływu wniosku do Realizatora:

3. Numer wniosku:

PCPR.6113.

.2018



Państwowy Fundusz
 Rehabilitacji Osób
 Niepełnosprawnych

**Wniosek o dofinansowanie ze środków
 Państwowego Funduszu Rehabilitacji
 Osób Niepełnosprawnych
 w ramach pilotażowego programu
 „AKTYWNY SAMORZĄD”**

Program finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując odpowiednie dane w miejsce pola, w przypadku pul do wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”. 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.

Wniosek należy złożyć osobiście w siedzibie lub przesłać listem poleconym (decyduje data stempla pocztowego)

Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami programu dostępnymi na stronie internetowej www.pfron.org.pl lub pcpr-lancut.pl

A. Obszar i zadanie, którego dotyczy wniosek:

Moduł:	Obszar:	Zadanie:
I	A	nr 1 <input type="checkbox"/> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
		nr 2 <input type="checkbox"/> pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B,
	B	nr 1 <input type="checkbox"/> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
		nr 2 <input type="checkbox"/> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
	C	nr 2 <input type="checkbox"/> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
		nr 3 <input type="checkbox"/> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,
		nr 4 <input type="checkbox"/> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny
	D	<input type="checkbox"/> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

Osoba niepełnosprawna, która ubiega się o pomoc jest:

Wnioskodawcą

osobą niepełnoletnią (do 18 roku życia),

osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, którą reprezentuje Wnioskodawca

B. Wnioskodawca oraz Beneficjent Pomocy

W przypadku, gdy Wnioskodawca składa wniosek w imieniu niepełnosprawnej osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie należy wypełnić pola w kolumnie A wpisując dane osoby składającej wniosek (Wnioskodawcy), natomiast w kolumnie B należy wpisać dane osoby niepełnosprawnej (Beneficjent Pomocy - Podopieczny).

W przypadku, gdy Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu należy wypełnić pola w kolumnie A.

W przypadku, gdy wniosek jest składany przez pełnomocnika w kolumnie A wpisuje się dane Wnioskodawcy oraz B dane Podopieczne (o ile dotyczy), a dane Pełnomocnika wraz z oświadczeniem należy wykazać w załączniku od wniosku. Wzór oświadczenia pełnomocnika stanowi załącznik nr 9 do Regulaminu dofinansowań pilotażowego programu „aktywny samorząd” w powiecie łąncuckim.

1. Dane personalne

	A.	B.
	DANE WNIOSKODAWCY	DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
imię (imiona):		
nazwisko:		
PESEL ¹ :		
¹ – w przypadku gdy numeru PESEL nie nadano należy wpisać datę i miejsce urodzenia		
data urodzenia:		
miejsce urodzenia:		
płeć:		

2. Adres zamieszkania

*Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej
podać jak jest inne niż adres zamieszkania Wnioskodawcy*

kod pocztowy:		
mięscowość:		
Ulica:		
numer domu i lokalu:		
gmina:		

3. Adres zameldowania *(należy podać gdy jest inny niż adres zamieszkania)*

kod pocztowy:	
mięscowość:	
ulica:	
numer domu i lokalu	

3. Dokument tożsamości Wnioskodawcy: dowód osobisty paszport

seria i numer:	
data wydania:	
wydany przez:	
data ważności:	<input type="checkbox"/> bezterminowo

4. Kontakt:

Telefon kontaktowy:	stacjonarny	komórkowy
e-mail:		
Adres korespondencji <i>Należy podać gdy jest</i>	kod pocztowy	mięscowość

inny jak adres
zamieszkania

ulica

numer domu / lokalu

5. Informacje dodatkowe (dotyczy Wnioskodawcy)

stan cywilny:

wolna/y zamężna/żonaty

obszar zamieszkania:

wieś miasto

C. STAN PRAWNY ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB DOKUMENTU RÓWNOWAŻNEGO (dotyczy osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)

1. stopień niepełnosprawności lub jego równoważnik:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> stopień równoważny dla stopnia niepełnosprawności | |
| <input type="checkbox"/> umiarkowany 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"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| | <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
- orzeczona niepełnosprawność do 16 roku życia

2. ważność orzeczenia lub dokumentu równoważnego:

ważne do dnia:

bezterminowo

3. Rodzaj niepełnosprawności

przyczyna wydania orzeczenia:

szczegółowa dysfunkcja:

- 01-U upośledzenie umysłowe
- 02-P choroby psychiczne
- 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu: osoba głucha
- 04-O dysfunkcja narządu wzroku: osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma
- 05-R dysfunkcja narządu ruchu:
- w zakresie:
- kończyn górnych: obu jednej nie dotyczy
- kończyn dolnych: obu jednej nie dotyczy
- inna
- 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

4. Sposób poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

nie dotyczy

porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

elektrycznego

porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY**1. Aktywność zawodowa – osoba niepełnosprawna jest:**1.1) **zatrudniona**

- a) 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

b) data rozpoczęcia pracy:

- c) czas zatrudnienia: na czas określony do dnia:
 na czas nieokreślony

d) miejsce zatrudnienia:

nazwa pracodawcy: adres:
(wraz z kodem pocztowym) telefon kontaktowy: 1.2) **prowadzi działalność gospodarczą**a) nr NIP:

- b) działalność prowadzona na podstawie: wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr :
 dokonanego w urzędzie:
 inna, jaka i na jakiej podstawie:

(Proszę podać odpowiednie
Nr / nazwę urzędu / inną
podstawę.) 1.3) **prowadzi działalność rolniczą**a) miejsce prowadzenia działalności: 1.4) **niezatrudniona**

a) Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako:

-
- bezrobotna/y
-
- poszukująca/y pracy
-
- nie dotyczy

b) Data rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy: **E. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTUALNIE REALIZOWANEGO ETAPU KSZTAŁCENIA PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY****1. Zdobyte wykształcenie:**

-
- podstawowe
-
- gimnazjalne
-
- zawodowe
-
-
- średnie ogólne
-
- średnie zawodowe
-
- policealne
-
-
- wyższe
-
-
- inne, jakie?
-

2. Obecnie pobierana nauka:

-
- zasadnicza szkoła zawodowa
-
- liceum
-
- technikum
-
-
- szkoła policealna
-
- kolegium
-
- studia I stopnia
-
-
- studia II stopnia
-
- studia magisterskie (jednolite)
-
-
- studia podyplomowe
-
- studia doktoranckie
-
-
- staż zawodowy w ramach programów UE
-
-
- inne, jaka?
-
-
-
- nie dotyczy → pomiń punkt 3 i 4

G. 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 pkt. N wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

1. Czy niepełnosprawność Osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o pomoc 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 Wnioskodawca/Osoba Niepełnosprawna kiedykolwiek uzyskała dofinansowanie do przedmiotu wnioskowanego (lub podobnego rodzajowo) ze środków PFRON? (niezależnie od źródła przyznania środków np. Oddział PFRON, Samorząd powiatowy itp.)

tak w: roku w ramach:
 roku w ramach:

nie

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 aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?

DANE NALEŻY UDUKUMENTOWAĆ (maksymalnie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku)

nie
 tak (proszę opisać):

5. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?

np. trudności finansowe, częste leczenie szpitalne, pogorszenie stanu zdrowia itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 1 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt.) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.

nie
 tak (proszę opisać):

6. Czy Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny?

nie tak (należy do wniosku dołączyć kserokopię KDR)

Pkt. 7 i 8 dotyczą wyłącznie Wnioskodawców, którzy składają wniosek w imieniu Podopiecznego

7. Podopieczny realizujący obowiązek szkolny oraz ma osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat):

nie
 tak proszę wskazać jakie?

8. Czy Wnioskodawca samotnie wychowuje Podopiecznego?

nie tak

9. Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?

nie tak (należy udokumentować)

J. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA PRZEDMIOTU WNIOSKU

1. Przewidywane koszty realizacji zadania: zł
2. Wnioskowana kwota dofinansowania: zł
3. Udział własny stanowi: % nie dotyczy

K. POSIADANY RACHUNEK BANKOWY**Dotyczy tylko wniosków w ramach:**

Moduł 1: Obszar A zadanie 2; Obszar B zadanie 2; Obszar C zadanie 2; Obszar D;

Rachunek bankowy Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (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.

1. numer rachunku:
2. nazwa banku:
3. właściciel konta bankowego:

L. RODZAJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO ORAZ WYSOKOŚĆ PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU

1. Prowadzę gospodarstwo domowe: samodzielnie wspólnie
2. Struktura wspólnego gospodarstwa domowego oraz jej dochody:

Lp.	Stopień pokrewieństwa do Wnioskodawcy np. syn, córka, współmałżonek, itp.	Źródło dochodu np. praca, renta	przeciętnym miesięcznym dochód w złotych
1.	WNIOSKODAWCA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pozostałe osoby wspólnie gospodarujące			
zgodnie z zawartą definicją w Kierunkach działań oraz warunkach brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w bieżącym roku			
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prowadzone jest indywidualne gospodarstwo rolne		(2 577 zł x <input type="text"/> ¹⁾ ha)	=
		12 miesięcy	<input type="text"/>
Łączny dochód gospodarstwa domowego:			<input type="text"/>
Liczba osób (wraz ze mną) prowadząca wspólne gospodarstwo domowe:			<input type="text"/>

Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu obowiązujących zasad pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, na osobę wynosi: ²⁾ złotych

słownie:

¹⁾ Powierzchnia gospodarstwa rolnego w hektarach przeliczeniowych.

²⁾ Łączny dochód gospodarstwa domowego należy podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym

M. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

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

1. O dofinansowanie ze środków PFRON objętym zakresem niniejszego wniosku, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łańcuckiego;**

tak \ nie

2. W ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) \ nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;

3. Wymagalne zobowiązania wobec:

3.1 **PFRON:** posiadam \ nie posiadam

3.2 **Realizatora programu:** posiadam \ nie posiadam

W przypadku gdy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub Realizatora programu należy podać zakres i wysokość zobowiązań:

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**

4. Nie otrzymałem(am) w bieżącym roku, na podstawie odrębnego wniosku - dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania;

5. W danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania - Dotyczy Wnioskodawców ubiegających się w ramach Obszaru C:

uzyskał \ nie uzyskał \ nie dotyczy

6. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego określone w zasadach programu:

- 10% ceny brutto zakupu/usługi w ramach: **Obszaru B: Zadanie nr 1, Obszaru C Zadania: nr 3 i 4;**
- 15% ceny brutto zakupu/usługi w ramach: **Obszaru A, Zadanie nr 1 oraz Obszaru D;**
- 25% ceny brutto zakupu/usługi w ramach: **Obszaru A: Zadanie nr 2;**
- nie dotyczy wniosków w ramach Modułu I: **Obszar B zadanie nr 2, Obszar C zadanie nr 2;**

7. Nie będę w bieżącym 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)

8. 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;

9. 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;

10. 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.pcp-r-lancut.pl;

11. O wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;

12. Dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument

równoważny) jest prawomocne;

13. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT - **Nie dotyczy wniosków w ramach Modułu I: Obszar A zadanie nr 2, Obszar C zadanie nr 2;**
14. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, w ramach modułu I:
- obszaru A zadanie nr 2;
 - obszaru B zadanie nr 2;
 - obszaru C zadanie nr 2;
 - obszaru D
- może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy na warunkach zawartych w umowie;**
15. W przypadku, gdy wniosek dotyczy:
- modułu I:
- obszaru A zadanie nr 1;
 - obszaru B zadanie nr 1, 2;
 - obszaru C zadanie nr 3, 4
- przedmiot wniosku nie może być zakupiony przed dniem złożenia wniosku oraz przed dniem zawarcia umowy;**
16. 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.

Zapoznałem(am) się z powyższymi oświadczeniami.

Warunki, o których mowa w punktach: 4, 7 – 16 powyższych oświadczeń:

spełniam \ nie spełniam w punkcie:

miejsce:

dnia:

czytelny podpis
wnioskodawcy/pełnomocnika

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 może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego 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.

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.

N. DOŁĄCZONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE:**WYPEŁNIA PRACOWNIK REALIZATORA PROGRAMU**

Lp.	Nazwa załącznika	Załącznik do wniosku Nr ...	Brak wymaganego załącznika	Data uzupełnienia
1.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r. ż.) lub dokument równoważny			
2.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 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			
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny: <input type="checkbox"/> Akt urodzenia / <input type="checkbox"/> Zaświadczenie ze sądu			
5.	Wycena wnioskowanego przedmiotu			
Dotyczy moduł I obszar A zadanie nr 1				
6.	Zaświadczenie lekarskie zgodne ze wzorem załącznik do wniosku nr			
7.	Kserokopię dowodu rejestracyjnego posiadanego samochodu			
8.	Dokument potwierdzający użytkowanie samochodu			
Dotyczy moduł I obszar A zadanie nr 2				
9.	Dokument poświadczający, że występuje brak przeciwwskazań do kierowania pojazdami			
Dotyczy moduł I obszar B zadanie nr 1, 2				
10.	Zaświadczenie lekarskie:			
a)	<input type="checkbox"/> wystawione wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do Regulaminu – w przypadku wnioskodawcy z dysfunkcją narządu ruchu			
b)	<input type="checkbox"/> wystawione wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do Regulaminu – w przypadku wnioskodawcy z dysfunkcją narządu wzroku			
11.	Program szkolenia z wyszczególnieniem mi. tematyki, liczby godzin oraz kosztu szkolenia za godz. (obszar B zadanie nr 2)			
Dotyczy moduł I obszar C zadanie nr 3, 4				
12.	Zaświadczenie lekarskie wystawione wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do Regulaminu			
Dotyczy moduł I obszar D				
13.	Kserokopia umowy pomiędzy Wnioskodawcą a placówką w której przebywa osoba zależna			
14.	Kserokopia aktu urodzenia osoby zależnej o którą Wnioskodawca ubiega się o pomoc			
Załączone inne dokumenty (jakie):				
15.				
16.				
17.				
19.				