

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR A – likwidacja bariery transportowej

ZADANIE 1 – dofinansowanie zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

WNIOSEK

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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.

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

| DANE PERSONALNE | |
|--|---|
| Imię..... Nazwisko..... | |
| Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer | |
| wydany przez w dniu | |
| PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne | |
| Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu na 1-go członka rodziny: | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały | ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) |
| Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Miejscowość | Miejscowość |
| Ulica | Ulica |
| Nr domu Nr m. | Nr domu Nr m. |
| <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. Mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś | Powiat |
| mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) | |
| | |
| Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu/nr tel. komórkowego:..... | |
| e-mail (o ile dotyczy): | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PCPR <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:..... |

| STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka | | |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka | | |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo | | | | |
| Niepełnosprawność powstała: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> przed rokiem życia | | | | |
| 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"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym | | | | |
| Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | | | | |
| <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY | | | | |
| <input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): | | | | |
| <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06- E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |
| AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA | | | | |
| <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY | | | | |
| <input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy | | | | |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: data rejestracji: | | | | |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: | | | | |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | | | | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> krótszy niż 3 miesiące, <input type="checkbox"/> dłuższy niż 3 miesiące | | | | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | | | | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna: <input type="checkbox"/> zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy, <input type="checkbox"/> zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się) | | | | |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; (Dz.U.2016.645, z późn.zm.) | | | | |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, (Dz.U.2016 poz.1829) | | | | |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U.2016 poz. 277) | | | | |
| <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: | | | | |
| Nazwa pracodawcy: | | | | |
| Adres miejsca pracy:..... | | | | |
| Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: | | | | |
| <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: | | | | |
| Miejsce prowadzenia działalności: | | | | |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | | ORIENTACYJNA CENA brutto wraz z MONTAŻEM (kwota 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"/> | specjalne siedzenia | |
| <input type="checkbox"/> | ręczny gaz – hamulec – gałka kierownicy | |
| <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, jakie: | |
| RAZEM: | | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|--------------------------|
| | |

6. Informacje uzupełniające

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:..... rok produkcji, nr rejestracyjny |
| <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach |

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): **tak** – **nie**,
- Oświadczam, że **otrzymałem/am**
 nie otrzymałem/am
w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
- 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,
- wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
- zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: **tak** – **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15% ceny brutto),**
- 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,

9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** – **nie**,
10. 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,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innych dowodów księgowych, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe).

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.

| | |
|--|------------------------------|
| , dnia /..... /20..... r. miejscowość | podpis Wnioskodawcy |
|--|------------------------------|

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie (kserokopię pełnomocnictwa oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych dołącza do wniosku, dowód osobisty pełnomocnika oraz oryginał pełnomocnictwa do wglądu pracownika PCPR).

Oświadczenie pełnomocnika:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

| | |
|--|------------------------------|
| , dnia /..... /20..... r. miejscowość | podpis Pełnomocnika |
|--|------------------------------|

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU | | |
|-------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | | <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i> | | |
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i> . <i>Nie dotyczy osób, których podstawą wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności stanowi narząd ruchu (05-R)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)</i> – wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia dowodu rejestracyjnego posiadanego samochodu, w którym będzie zamontowane oprzyrządowanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Dokument zaświadczący o zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej będącej w wieku emerytalnym (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Dokument potwierdzający aktywność zawodową osoby niepełnosprawnej: zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |