

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 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.

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....przez.....	
..... PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca jest osobą:	
<input type="checkbox"/> samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	
<input type="checkbox"/> wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem	
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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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
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:.....

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”				
DANE PERSONALNE		MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)		
Imię		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Nazwisko		Miejscowość		
Data urodzenia:..... r.		Ulica		
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"/>		Nr domu Nr m.		
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś		
mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO				
<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	
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)				
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 PODOPIECZNEGO				
<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
Podopieczny Wnioskodawcy porusza się na wózku inwalidzkim: <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 - pęciowego	<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
OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI				
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> gimnazjum		<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	
<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum		<input type="checkbox"/> szkoła policealna	
<input type="checkbox"/> studia	<input type="checkbox"/> inna, jaka		<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
NAZWA I ADRES PLACÓWKI				
Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy				
Miejscowość ulica Nr domu				
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:				
ośrodek szkolno-wychowawczy: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			internat: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Nauka prowadzi do: <input type="checkbox"/> zdania matury <input type="checkbox"/> uzyskania średniego wykształcenia <input type="checkbox"/> uzyskania zawodu				
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)	
<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:	Nazwa pracodawcy:
<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	Adres miejsca pracy:.....
<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)	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<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"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
<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:	Miejsce prowadzenia działalności:
.....

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy podopieczny Wnioskodawcy korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?					<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:						

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!
W ramach programu „Aktywny samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu.
Za „wymagalne zobowiązania” należy przez to rozumieć:
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU WAŻNE

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. należy potwierdzić kserokopią stosownego dokumentu) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli w pkt 7 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową/nauką podopiecznego.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy dot. podopiecznego
<p>1) Czy podopieczny Wnioskodawcy otrzymał pomoc ze środków PFRON do zakupu danego przedmiotu dofinansowania (uzyskał pomoc ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p> <p>Uzasadnienie wniosku Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.</p> <p>Jeśli Wnioskodawca nie uzasadni, dlaczego ubiega się o ponowne dofinansowanie dla podopiecznego – merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 5 pkt.</p>	<p><input type="checkbox"/> – tak (proszę uzasadnić konieczność ponownego dofinansowania)</p> <p><input type="checkbox"/> – nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt wpłynie na aktywizację społeczną, zawodową i w dostępie do edukacji podopiecznego lub utrzymanie zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych.</p> <p>UWAGA:</p> <p>KAŻDY SPRZĘT NALEŻY OSOBNO UZASADNIĆ!!!</p> <p>KRYTERIUM UZNANIA KWALIFIKOWALNOŚCI DANEGO KOSZTU SĄ INDYWIDUALNE I SPECYFICZNE DLA DANEGO RODZAJU DYSFUNKCJI – POTRZEBY ZWIĄZANEJ Z REHABILITACJĄ ZAWODOWĄ I SPOŁECZNĄ POTENCJALNEGO BENEFICJENTA W ODNIESIENIU DO CELÓW PROGRAMU. DLATEGO ISTOTNYM NARZĘDZIEM W TYM PROCESIE MOGĄ BYĆ ODPOWIEDNIO SZCZEGÓŁOWE UZASADNIENIA ZAKUPU POSZCZEGÓLNYCH ELEMENTÓW SPRZĘTU</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3) Czy podopieczny Wnioskodawcy jest zatrudniony? (Zgodnie z definicją ust. 32 pkt. 30 Kierunków działań i warunków brzegowych obowiązujących (...) w 2017r.</p>	<p><input type="checkbox"/> – tak <input type="checkbox"/> – nie</p>
<p>4) Czy u Podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Konieczność potwierdzenia niepełnosprawności sprzężonej w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> – tak <input type="checkbox"/> – nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać ile symboli:.....</p>
<p>5) Czy w gospodarstwie domowym podopiecznego Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dot. niepełnosprawności)? Podane informacje należy udokumentować.</p>	<p><input type="checkbox"/> – tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> – tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> – nie</p>
<p>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, trudności finansowe, wielodzietność, itp. Podane informacje należy udokumentować.</p>	<p><input type="checkbox"/> – tak <input type="checkbox"/> – nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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

<p>Dane właściciela lub współwłaściciela samochodu marki:..... rok produkcji, nr rejestracyjny : Imię i nazwisko, adres</p> <p><input type="checkbox"/> PODOPIECZNY NIE POSIADA OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU</p> <p><input type="checkbox"/> PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:</p>
<p>CZY PODOPIECZNY WNIOSKODAWCY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach</p> <p>a także w roku w ramach</p>

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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.
- w okresie ostatnich 3 lat podopieczny uzyskał 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,
- 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 poświadczonego 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 albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<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> Nie dotyczy osób, których podstawą wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności stanowi narząd ruchu (05-R)	<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.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (jeżeli akt urodzenia nie zawiera nr PESEL dziecka – dodatkowo inny dokument zawierający nr PESEL dziecka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu – podopiecznego (o ile dotyczy) oraz wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego posiadanego samochodu, w którym będzie zamontowane oprzyrządowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	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"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	