

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



program finansowany ze środków PFRON

Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR C – likwidacja barier w poruszaniu się

ZADANIE 2 – dofinansowanie lub refundacja kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

WNIOSEK

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie lub refundację 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	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) 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 -	Kod pocztowy -
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu Nr m.	Nr domu Nr m.
miasto do 5 tys. Mieszkańców inne miasto wieś	Powiat
mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej tak 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	- firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie:.....

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
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 dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo				
Niepełnosprawność powstała: od urodzenia przed rokiem życia				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej				
NIE DOTYCZY obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym				
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: TAK NIE				
NARZĄD WZROKU 04-O		osoba niedowidząca osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma		
NIE DOTYCZY				
INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
NIE DOTYCZY				
01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	07- S choroby układu oddechowego i krążenia	09- M choroby układu moczowo - pęciowego	11- I inne
02- P choroby psychiczne	06- E epilepsja	08- T choroby układu pokarmowego	10- N choroby neurologiczne	12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
NIE DOTYCZY		zarejestrowana/y w PUP jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy		
niezatrudniona/y: od dnia:		data rejestracji:		
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:		Nazwa pracodawcy:		
na czas nieokreślony inny, jaki:		
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę krótszy niż 3 miesiące, dłuższy niż 3 miesiące		Adres miejsca pracy:.....		
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			
umowa cywilnoprawna: zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy, zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; (Dz.U.2016.645, z późn.zm.)			
działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, (Dz.U.2016 poz.1829)		na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,		
działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U.2016 poz. 277)		dokonanego w urzędzie:		
inna, jaka i na jakiej podstawie:		Miejsce prowadzenia działalności:		
.....			
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE				
podstawowe		gimnazjalne		zawodowe
średnie ogólne		średnie zawodowe		policealne
wyższe		inne, jakie:		

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora, sztuk:	
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

<p>Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? NIE TAK – w ramach (np. programu) w roku.</p>
<p>Wnioskodawca użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym NIE TAK (model, rok produkcji):</p>
<p>Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: NIE TAK, w dniu: roku. Posiadany wózek był naprawiany w roku:, naprawa dotyczyła: gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.</p>
<p>Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON:</p>

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)
<p>Dane właściciela konta – wnioskodawcy</p> <p>.....</p> <p>Nazwa banku.....numer rachunku bankowego</p>

Oświadczam, że:

1. 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**,
2. 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 (...))
3. Oświadczam, że **otrzymałem/am**
 nie otrzymałem/am
w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
4. 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,
5. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
6. 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.
7. 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,
8. 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 w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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. miejscość podpis Wnioskodawcy
---	------------------------------

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego 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. miejscość 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 stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego			
2. 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>			
3. 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			
4. Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu			
5. Dokument potwierdzający aktywność zawodową osoby niepełnosprawnej: zatrudnienie lub zarejestrowanie w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu (o ile dotyczy)			
6. Dokument potwierdzający okres gwarancji wózka/naprawy (faktura VAT, karta gwarancyjna, inne)			
7. Inne załączniki (należy wymienić):			
8.			