

DATA WPŁYWU:

DŚiPI.8310.2. ... 2012

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu- OBSZAR A

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input checked="" type="checkbox"/> Obszar A	<input type="checkbox"/> Obszar B1	<input type="checkbox"/> Obszar B2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
<input type="checkbox"/> Obszar B3	<input type="checkbox"/> Obszar B4	<input type="checkbox"/> Obszar C
pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar D	<input type="checkbox"/> Obszar E	<input type="checkbox"/> Obszar F
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.
 Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
 przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

Kontakt telefoniczny: nr telefonu stacjonarnego /nr tel. komórkowego:.....

e'mail.....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu - firma handlowa - media - PFRON - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. 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		
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"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:	Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):		
<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"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<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
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y : od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<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	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"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:	
Nr NIP:	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

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! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

3. 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 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 i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)</p> <p>Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanych orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p>
<p>3) 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

<p>7) 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.)</p> <p>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	Orientacyjna cena brutto (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"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec	
<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	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"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny
<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:

1. 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,
2. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.jgora.pl
3. w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej ceny brutto),
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż **ZŁOŻENIE NENIEJSZEGO 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** 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.

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.

<p>..... dnia 2012 r.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">podpis Wnioskodawcy</p>
--

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.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2)</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"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie – <i>wg załącznika nr 3</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

5.	Inne załączniki (należy wymienić):			
a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	