Data złożenia wniosku:	Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu *Program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK „O" – *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.

Moduł I	**Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczna i zawodową**
Obszar C	**Likwidacja barier w poruszaniu się**
Zadanie nr 2	**Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.**

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....**Nazwisko**..... Data urodzenia .....r.

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL)

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....r. ważny do .....

wydany przez .....

Stan cywilny**:** ☐ **wolna/y** ☐ **zamężna/żonaty**

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

miejscowość ……..…… ul. ……..…….. nr domu …… nr lokalu ……..

☐☐ ☐☐☐ ……

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

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

e'mail : .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu (PCPR) ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.trzebnica.pl

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię	Kod pocztowy ☐ ☐-☐ ☐ ☐ ..... (poczta)
Nazwisko	Miejscowość .....
Data urodzenia:..... r.	Ulica .....
PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Nr domu ..... Nr lok. .....
Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie	Powiat .....
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	Województwo .....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ 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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia:		☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** ☐ obu **kończyn górnych** ☐ jednej **kończyny górnej**

☐ obu **kończyn dolnych** ☐ jednej **kończyny dolnej** ☐ **innym**

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ **INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):**

☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe	☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	☐ 06-**E** epilepsja	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego	☐ 10-**N** choroby neurologiczne	☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe
☐ 02-**P** choroby psychiczne	☐ 04-**O** choroby narządu wzroku	☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego	☐ 11-**I** inne	

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

☐ ŻŁOBEK	☐ PRZEDSZKOLE	☐ SZKOŁA PODSTAWOWA
☐ GIMNAZJUM	☐ TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ STUDIA
☐ INNA, jaka ……		☐ nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

Miejscowość ..... **ulica** ..... **Nr domu** .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali: ☐ - (od 1 do 6) ☐ - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....

.....

.....

.....

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (*o ile dotyczy*)

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:** ..... ☐ **rejestracja w UP jako osoba bezrobotna: od dnia:** .....

☐ **rejestracja w UP jako osoba poszukująca/y pracy: od dnia:** ..... ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** .....

☐ **na czas nieokreślony** ☐ **inny, jaki:** .....

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące

☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)

☐ staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.)

Nazwa pracodawcy: .....

.....

.....

Adres miejsca pracy: .....

.....

.....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

☐ **działalność gospodarcza** (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646, z późn. zm.)

Nr NIP: .....

☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**….....,
dokonanego w urzędzie: ….....

☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**….....

☐ **działalność rolnicza** (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336)

Miejsce prowadzenia działalności: ….....

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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.**

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie?					**Tak** ☐ **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 (o ile dotyczy)	Termin rozliczenia	Wysokość rozliczonego dofinansowania
				Razem uzyskane dofinansowanie:	

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. 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
9) Uzasadnienie wniosku. Jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania. 2) Należy wskazać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na aktywizację społeczna, edukacyjną, zawodową lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych? 3) Czy przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia?	**Załącznik – uzasadnienie** **(brak uzasadnienia powoduje obniżenie punktacji merytorycznej)**
4) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
5) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
6) 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak ☐ - nie …..... …..... ……
7) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak to należy potwierdzić to kserokopia stosownego orzeczenia tej osoby. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
8) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu)?	☐ - tak ☐ - nie
9) Czy podopieczny jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	**ORIENTACYJNA CENA brutto** *(kwota w zł)*
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej skutera/wózka:	**Orientacyjny koszt (w zł)**	**Kwota wnioskowana (w zł)**
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje skuter lub wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji): ……..

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w **zakupie** skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) ..... w .....r.

Okres gwarancyjny w związku z zakupem skutera/wózka upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: ..... r.

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w **utrzymaniu** sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? ☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) ..... w .....r.

Okres gwarancyjny w związku z naprawą skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym upłynął:

☐ NIE ☐ TAK, w dniu: ..... r.

Jeśli Wnioskodawca otrzymał w latach wcześniejszych dofinansowanie do utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania:
Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

**- należy zaznaczyć właściwe*

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY LUB USŁUGODAWCY na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*
numer rachunku bankowego ..... **nazwa banku** .....

Oświadczam, że:

1. 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),
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.trzebnica.pl
4. 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,
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 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. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(-am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, 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

.

..... dnia ..... /..... /20……. r. .....

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.	☐	☐	
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawna nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnoletniej, w imieniu , której występuje opiekun prawny.	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru).*	☐	☐	
4.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	☐	☐	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.	☐	☐	
6.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć pełnomocnictwo.	☐	☐	
7.	Dokumenty potwierdzające okresy gwarancyjne.	☐	☐	
8.	W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – należy przedłożyć zaświadczenie od pracodawcy wskazujące okresy zatrudnienia – jeżeli dotyczy	☐	☐	
9.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy.	☐	☐	
10.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej – jeżeli dotyczy.	☐	☐	
11.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych – jeżeli dotyczy.	☐	☐	
12.	Dowód osobisty – oryginał do wglądu.	☐	☐	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):			
14.				
15.				

Załącznik – uzasadnienie

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

(należy wpisać treści nie mieszczące się w powyższych polach z odpowiednią adnotacją**).**

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

(należy wpisać treści nie mieszczące się w powyższych polach z odpowiednią adnotacją**).**

INFORMACJE:

AKTYWNY SAMORZĄD

OBSZAR C ZADANIE 2 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,

Celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

Cele szczegółowe programu:

- przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,

WARUNKI UCZESTNICTWA:

- osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności),
- brak wymagalnych zobowiązań wobec PFRON lub realizatora programu.

DOFINANSOWANIE:

- 3.500 zł

UDZIAŁ WŁASNY:

- bez konieczności udziału własnego.

Pomoc może być udzielana po zakończeniu okresu gwarancji.