



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

.....  
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

## Aktywny Samorząd - program finansowany ze środków PFRON - CZĘŚĆ A wniosku

### WNIOSEK - o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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.

<b>Moduł I programu Aktywny Samorząd</b>
<b>X Obszar A – Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych <b>Adresaci zadania</b> - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia) - wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie - dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych <b>Adresaci zadania</b> - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej - dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 3 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych <b>Adresaci zadania</b> - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej - dysfunkcja narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystanie z usług tłumacza języka migowego
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 4 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych <b>Adresaci zadania</b> - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie - dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego <b>Adresaci zadania</b> - znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia) - wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie - dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2 - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego <b>Adresaci zadania</b> - pomoc udzielona w ramach obszaru B
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania</b>
<b>Cel</b> - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego <b>Adresaci zadania</b> - umiarkowany stopień niepełnosprawności - dysfunkcja narządu wzroku - wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie

<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 4 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania</b></p> <p><i>Cel</i> - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)</li> <li>- dysfunkcja narządu słuchu</li> <li>- trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy</li> <li>- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 5 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego</b></p> <p><i>Cel</i> - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pomoc udzielona w Zadaniu: 1,3 lub 4</li> <li>- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym</b></p> <p><i>Cel</i> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne</b></p> <p><i>Cel</i> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stopień niepełnosprawności</li> <li>- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie</li> <li>- potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego</li> <li>- potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne</b></p> <p><i>Cel</i> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jak w zadaniu 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego</b></p> <p><i>Cel</i> - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)</li> <li>- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie</li> <li>- dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się</li> <li>- zgoda lekarza specjalisty na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej</b></p> <p><i>Cel</i> - umożliwianie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie</p> <p><b>Adresaci zadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności</li> <li>- aktywność zawodowa</li> <li>- pełnienie roli przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego dziecka</li> </ul>

**1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

**DANE PERSONALNE**

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

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

Liczba osób w gospodarstwie domowym .....

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy   -    .....

Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. ....

Powiat ....., województwo .....

miasto  wieś

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  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie: .....

**STAN PRAWNY DOT. 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

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

innym

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

**Wnioskodawca porusza się:**

samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym

niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym

jest osobą chodzącą  inne (wpisać jak) .....

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<b>Dysfunkcja oka lewego</b>  tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja oka prawego</b>  tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 03-L</b> <input type="checkbox"/> konieczność korzystania z metod wspomagających / alternatywnych podczas komunikowania się z otoczeniem, jakich ..... <input type="checkbox"/> konieczność korzystania z usług tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy		
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia - niepełnosprawność sprzężona (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne	
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne		
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b>		
<input type="checkbox"/> <b>niezatrudniona/y:</b> od dnia:..... <input type="checkbox"/> niepracujący i niezarejestrowana/y w PUP <input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP od dnia:..... <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia:..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> <b>zatrudniona/y:</b> od dnia: ..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> określony <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<b>Nazwa Pracodawcy</b> ..... .....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, <b>jednakże nie krótszy niż 3 miesiące</b> <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony ( <b>okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące</b> ) <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, jaka ..... ..zawarta na okres od ..... do ..... (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się) <input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy od dnia ..... do dnia ..... <input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka ..... ..... na okres .....	<b>Adres pracodawcy</b> ..... .....	
<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b> w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie: ..... Miejsce prowadzenia działalności .....	
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b> w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników	Miejsce prowadzenia działalności: .....	

## ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

## OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA (jakie)	
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		
Klasa/rok ..... semestr .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

## NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły .....

Adres .....

### 2. Dochód za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

Kwota przeciętnego miesięcznego dochodu na osobę obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek .....zł (obliczona według poniższej definicji).

\* Przez przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220 z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. Dochody z różnych źródeł sumują się. W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018 poz. 911), według wzoru: [(3.399 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy).

### 3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON_w ciągu ostatnich 3 lat (licząc przed rokiem, w którym złożono wniosek), w tym poprzez PCPR lub MOPR? – <u>informacje podlegają weryfikacji w PFRON Oddział Mazowiecki</u>						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	

<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać z jakiego tytułu oraz wysokość zobowiązania

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

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar A zadanie 1

<b>Specyfikacja zakupu</b> (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
<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:	
<b>RAZEM</b>		

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

<b>Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)</b>	<b>Kwota wnioskowana (w pełnych złotych)</b>

#### 6. Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....  
rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Użytkuję samochód marki ..... rok produkcji .....  
nr rejestracyjny .....na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

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 .....

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU

POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: .....

**CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:**

NIE     TAK

w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

**7. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy - ocena merytoryczna – pod uwagę brane są tylko te informacje, które zostały potwierdzone stosownym dokumentem (dotyczy punktów w tabeli: 3,4,6,8,9,10,11)**

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) <b>Uzasadnienie wniosku</b></p> <p>(w tym <b>jeśli dotyczy</b> należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego).</p> <p>Uzasadnienie powinno wskazywać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów zadania</p> <p>Cele zadania zgodnie z opisem na stronie 1-2 (przy właściwym obszarze, zadaniu)</p> <hr/> <p>W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wskazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego dofinansowania ze środków PFRON (<u>nie dotyczy obszaru D</u>)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca <b>pierwszy raz</b> uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel rozumiany ogólnie jako zadanie, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)    <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy Wnioskodawca uczy się w szkole ponadgimnazjalnej / policealnej / studiuje</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Wnioskodawca uczęszcza na zajęcia do szkoły / uczelni (nie jest objęty nauczaniem indywidualnym)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca jest zatrudniony</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>7) Czy przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (opisać w jaki sposób)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

	..... ..... ..... .....
8) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. nauka w szkole policealnej lub szkole wyższej, kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? - <b>można wykazać aktywność dotyczącą 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku</b>	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): ..... ..... ..... .....
9) Czy Wnioskodawca działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych lub inaczej obywatelsko / społecznie	..... ..... .....
10) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): <input type="checkbox"/> - nie ..... ..... .....
11) Czy Wnioskodawca w roku 2018 lub roku 2019 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych nieprzewidzianych i niezawinionych przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

**Oświadczam, że:**

- 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,
- 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprostrowmaz.pl](http://www.pcprostrowmaz.pl)
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów oprzyrządowania,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów zakupu i montażu oprzyrządowania:  tak -  nie,
- 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,
- 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 byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków



finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT oraz spełnieniu wszystkich koniecznych warunków określonych w dokumentach programowych

9. nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku 2019 odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora jak Powiat Ostrowski:  tak -  nie
10. w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku, zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować Realizatora

## INFORMACJA

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:**

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr@powiatostrowmaz.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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 .....r.

.....

**Czytelny podpis Wnioskodawcy**

## 8. 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.	<b>Kserokopia aktualnego orzeczenia</b> o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów</b> w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Oferta handlowa</b> (faktura pro – forma) określająca wartość przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Zaświadczenie lekarza specjalisty</b> w sytuacji gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (w orzeczeniu nie znajduje się symbol 05-R) stwierdzające, że następstwem posiadanej niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu - <u>na druku lekarza</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<b>Oryginał dowodu osobistego do wglądu</b>	sprawdzono	Tak <input type="checkbox"/>	
6.	<b>Załączniki wymagane do oceny merytorycznej wniosku:</b> - Orzeczenie o niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej - do wglądu pracownika PCPR (pkt. 3) <input type="checkbox"/> - Dokument potwierdzający pobieranie nauki (pkt. 4) <input type="checkbox"/> - Dokument potwierdzający zatrudnienie (pkt. 6) <input type="checkbox"/> - Dokumenty potwierdzające aktywność zawodową Wnioskodawcy (pkt 8) <input type="checkbox"/> - Dokumenty potwierdzające aktywność na rzecz osób niepełnosprawnych, działalność społeczną / obywatelską (pkt. 9) <input type="checkbox"/> - Dokumenty potwierdzające występowanie „szczególnych utrudnień” (pkt. 10) <input type="checkbox"/> - Dokumenty wystawione przez właściwą jednostkę potwierdzające wystąpienie zdarzeń losowych lub działanie żywiołów (pkt. 11) <input type="checkbox"/>	Sprawdzono Tak <input type="checkbox"/>		
7.	<b>Inne załączniki</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.				
9.				