



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>   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | <b>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 checked="" 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/zonaty

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><br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma  | <b>Dysfunkcja oka lewego</b><br><br>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>   | <b>Dysfunkcja oka prawego</b><br><br>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 03-L</b><br><input type="checkbox"/> konieczność korzystania z metod wspomagających / alternatywnych podczas komunikowania się z otoczeniem, jakich .....<br><input type="checkbox"/> konieczność korzystania z usług tłumacza języka migowego<br><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<br><input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP od dnia:.....<br><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: .....<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> określony<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  | <b>Nazwa Pracodawcy</b><br>.....<br>.....   |  |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, <b>jednakże nie krótszy niż 3 miesiące</b><br><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> )<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, jaka ..... ..zawarta na okres od ..... do ..... (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy od dnia ..... do dnia .....<br><input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka .....<br>..... na okres ..... | <b>Adres pracodawcy</b><br>.....<br>.....   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b> w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców<br>Nr NIP: .....  | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie: .....<br>Miejsce prowadzenia działalności ..... |  |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b> w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników  | Miejsce prowadzenia działalności:<br>.....  |  |

| <b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>  |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <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:     |                                      |
| <b>OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ</b>                                   |   |                                      |
| <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 |
| <b>NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</b>               |   |                                      |
| Nazwa szkoły .....  |   |                                      |
| Adres .....   |   |                                      |

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

|  |
|--|
| <b>Kwota przeciętnego miesięcznego dochodu na osobę obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek .....zł (obliczona według poniższej definicji).</b>   |
| <p>* 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).</p> |

## 3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| <b>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></b> |   |   |                             |                    |                        | tak <input type="checkbox"/>                           | nie <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)  | Przedmiot dofinansowania<br>(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) |                              |
|   |   |   |                             |                    |                        |  |                              |
|   |   |   |                             |                    |                        |  |                              |
|   |   |   |                             |                    |                        |  |                              |
|   |   |   |                             |                    |                        |  |                              |



## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty uzyskania prawa jazdy:  | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| Koszt kursu i egzaminów  |                                 |                          |
| <b>oraz o ile dotyczy</b> (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca) |                                 |                          |
| Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu   |                                 |                          |
| Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu  |                                 |                          |
| <b>Razem</b>   |                                 | <b>W pełnych złotych</b> |

## 6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w pokryciu kosztów uzyskania prawa jazdy

NIE       TAK

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: 3,4,5,6,8,9,10,11)

| 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>                         |
| 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)?  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie   |
| 3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?  | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie |
| 4) Czy Wnioskodawca uczy się w szkole ponadgimnazjalnej / policealnej / studiuje  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie   |
| 5) Czy Wnioskodawca objęty jest nauczaniem indywidualnym  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy                            |
| 6) Czy Wnioskodawca jest zatrudniony  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie   |
| 7) Czy przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (opisać w jaki sposób)  | <p>.....</p> <p>.....</p>   |

|  |   |
|--|---|
|  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....   |
| 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):<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 9) Czy Wnioskodawca działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych lub inaczej obywatelsko / społecznie   | .....<br>.....<br>.....   |
| 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<br>.....<br>.....<br>.....   |
| 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 Ostrów 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 25% kosztów uzyskania prawa jazdy,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy:  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. | .....<br><b>Czytelny podpis Wnioskodawcy</b> |
|--------------------|--|

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika |  | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE<br>REALIZATOR PROGRAMU<br><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 cenowa</b> z ośrodka szkoleniowego   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     |                          |
| 4.               | <b>Zaświadczenie lekarza specjalisty</b> w sytuacji gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja ruchu (w orzeczeniu nie znajduje się symbol 05-R) – <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><br>- Orzeczenie o niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej – do wglądu pracownika PCPR (pkt 3) <input type="checkbox"/><br>- Dokument potwierdzający pobieranie nauki (pkt. 4) <input type="checkbox"/><br>- Dokument potwierdzający nauczanie indywidualne (pkt. 5) <input type="checkbox"/><br>- Dokument potwierdzający zatrudnienie (pkt. 6) <input type="checkbox"/><br>- Dokumenty potwierdzające aktywność zawodową Wnioskodawcy (pkt 8) <input type="checkbox"/><br>- Dokumenty potwierdzające aktywność na rzecz osób niepełnosprawnych, działalność społeczną / obywatelską (pkt. 9) <input type="checkbox"/><br>- Dokumenty potwierdzające występowanie „szczególnych utrudnień” (pkt. 10) <input type="checkbox"/><br>- Dokumenty wystawione przez właściwą jednostkę potwierdzające wystąpienie zdarzeń losowych lub działanie żywiołów (pkt. 11) <input type="checkbox"/> | Sprawdzono<br>Tak <input type="checkbox"/>                                      |                              |                          |
| 7.               | <b>Inne załączniki</b>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     |                          |
| 8.               |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     |                          |
| 9.               |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     |                          |