



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.

Moduł I programu Aktywny Samorząd	
<input type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania - 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"/>	Obszar A – Zadanie nr 2 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej - dysfunkcja narządu ruchu	
<input checked="" type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 3 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej - dysfunkcja narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystanie z usług tłumacza języka migowego	
<input type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 4 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie - dysfunkcja narządu słuchu	
<input type="checkbox"/>	Obszar B – Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
Cel - 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	
Adresaci zadania - 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"/>	Obszar B – Zadanie nr 2 - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
Cel - 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	
Adresaci zadania - pomoc udzielona w ramach obszaru B	
<input type="checkbox"/>	Obszar B – Zadanie nr 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
Cel - 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	
Adresaci zadania - umiarkowany stopień niepełnosprawności - dysfunkcja narządu wzroku - wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie	

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

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia

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"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Dysfunkcja oka lewego tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Dysfunkcja oka prawego tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 03-L <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"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia - niepełnosprawność sprzężona (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: 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"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> określony <input type="checkbox"/> nie dotyczy			Nazwa Pracodawcy	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <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 (okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące) <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, jakazawarta 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			Adres pracodawcy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza 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"/> działalność rolnicza 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 wniosekzł (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)	

Razem uzyskane dofinansowanie:						

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 nr 3

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca, a także koszt usług tłumacza języka migowego.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:					
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B+E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C+E	<input type="checkbox"/> C1
<input type="checkbox"/> C1+E		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D+E	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1+E
<input type="checkbox"/> T		<input type="checkbox"/> inna kategoria, jaka:			
Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK					
Dla Wnioskodawcy, celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza języka migowego (oświadczenie / zapotrzebowanie Wnioskodawcy) <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK					
Planowany termin kursu:					
nazwa i adres ośrodka:.....					
.....					
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK					
Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu:					
Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:					
.....					
.....					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
Koszt usług tłumacza migowego		
oraz o ile dotyczy (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		
Razem		W pełnych złotych

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) Uzasadnienie wniosku</p> <p>(w tym jeśli dotyczy 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>.....</p>
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz 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> <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)? - można wykazać aktywność dotyczącą 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
9) Czy Wnioskodawca działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych lub inaczej obywatelsko / społecznie	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
10) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	<p><input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
11) Czy Wnioskodawca w roku 2018 lub roku 2019 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych nieprzewidzianych i niezawinionych przez Wnioskodawcę	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

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, a także: 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,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie 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 Ostrów 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.

<p>..... dniar.</p>	<p>..... Czytelny podpis Wnioskodawcy</p>
---------------------------	--

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oferta cenowa z ośrodka szkoleniowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oryginał dowodu osobistego do wglądu	sprawdzono	tak <input type="checkbox"/>	
5.	Załączniki wymagane do oceny merytorycznej wniosku: - 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 nauczanie indywidualne (pkt. 5) <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"/>		
6.	Inne załączniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	