



Data wpływu:

Nr sprawy:

## **WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar A – Zadanie nr 4  
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla  
osób z dysfunkcją narządu słuchu**

*Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.*

### **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY**

#### **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

- Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność do pracy:</b>	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - osoba głucha
  - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
  - osoba niewidoma
  - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
  - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
  - okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):.....
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

### Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	

## OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:.....

## INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

- tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
<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 rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:.....**

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)” w 2020 r.”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

- tak  
 nie

## UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):**

- tak
- nie

**Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności):**

- tak
- nie

**Opis dodatkowego wyposażenia:**

.....

.....

.....

.....

**Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:**

- tak
- nie

**Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):**

- tak
- nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:**

*W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.*

- tak
- nie

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- 
- indywidualne
- 
- wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**.....

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy** - *dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;*

- Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

**PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 4**

<b>Przedmiot pomocy</b>	<b>Cena brutto (w zł)</b>	<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)</b>	<b>Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)</b>
<input type="checkbox"/> system wspomaganie parkowania			
<input type="checkbox"/> komunikatory / tablice			
<input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych			
<input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje			
<input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)			
<input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne			
<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....			
.....			
.....			
.....			
<b>Razem:</b>			

**Minimalny procentowy udział własny wnioskodawcy to 15 %****DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono TAK/NIE	Uzupełniono TAK/NIE/ DATA
1.	Kserokopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne		
2.	Zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż ) 03-L (narząd słuchu), wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (druk dołączony do wniosku)		
3.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu		
4.	Oferta cenowa		
5.	Klauzula RODO (druk dołączony do wniosku)		
6.	Zaświadczenie od pracodawcy, w sytuacji, kiedy wnioskodawca jest osobą pracującą		
7.	W przypadku, gdy Wnioskodawca odbywa staż zawodowy – dokument potwierdzający ten fakt		
8.	W przypadku osób uczących się/studiujących - dokument potwierdzający ten fakt np. legitymacja uczniowska, zaświadczenie ze szkoły/uczelni		
9.	W przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2019 lub w 2020 roku w wyniku działania żywiołu lub innego zdarzenia losowego - dokument stwierdzający ten fakt, potwierdzony przez właściwą jednostkę		



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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>