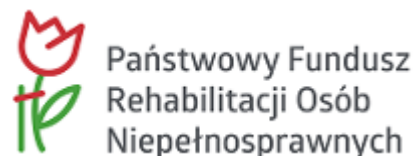


Data wpływu:	
Nr sprawy:	



WNIOSEK „M-I”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar C – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Część A

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> w swoim imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic dziecka <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Dowód osobisty (wypełnić w przypadku braku PESEL)	Seria:	
	Numer:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	
	Data ważności:	
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
Nr telefonu:		
Adres e-mail:		

ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY

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
ADRES ZAMELDOWANIA	
<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Pełnoletni:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Dowód osobisty (wypełnić w przypadku braku PESEL)	Seria:
	Numer:
	Wydany przez:
	Data wydania:
	Data ważności:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> innym , jakim:
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: <input type="checkbox"/> ręcznym <input type="checkbox"/> elektrycznym Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: <input type="checkbox"/> ręcznym <input type="checkbox"/> elektrycznym		
<input type="checkbox"/> 04-O – NARZĄD WZROKU <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma Lewe oko: Ostrość wzroku w korekcji Zwężenie pola widzeniastopni Prawe oko: Ostrość wzroku w korekcji Zwężenie pola widzeniastopni		
Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)		<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> zatrudniony
Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)	Zatrudniony od dnia:	
	Okres zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:
	Forma zatrudnienia:	<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
	Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
	Tel. do pracodawcy:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> przedszkole <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <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"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> inna, jaka:
NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA		
Nazwa placówki:		
Ulica:		
Nr domu:		
Nr lokalu:		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:		

Pocztą:	
Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:	
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):	

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania	
Razem uzyskane dofinansowanie:						
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

Uwaga! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku.

1. 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 lub bezpośrednio w PFRON)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)	
3. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego?)	
4. Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy/ dziecka/podopiecznego?	
5. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznemu rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od posiadanego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu wejście na rynek pracy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
7. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak , 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak, 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie

8. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	<input type="checkbox"/> tak – 1 osoba <input type="checkbox"/> tak – więcej niż 1 osoba <input type="checkbox"/> nie
9. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	<input type="checkbox"/> tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> nie
10. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11. Czy w roku 2018 lub w 2019 Wnioskodawca/dziecko/podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> tak, jeśli tak, jakiego <input type="checkbox"/> nie

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 1

Model wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

1) Wnioskodawca/podopieczny* korzystał już wcześniej z wózka inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub zna zasady korzystania z wózka o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL..... Zakupiony ze środków.....	Rok nabycia..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:.....	<input type="checkbox"/> tak w roku..... <input type="checkbox"/> nie
4) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek: kg
5) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek: cm

6) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania;	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka :	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują odległyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Oświadczam, że:

- Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- Zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku, 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.pcfpr.powiat-gdanski.pl, a także: www.pfron.org.pl,
- Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego,
- Nie otrzymałam(em) w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy,
- Posiadam gwarancję udzieloną na wnioskowany przedmiot dofinansowania: ☐ tak ☐ nie,
- Uzyskałam/em w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty niniejszym wnioskiem: ☐ 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,
- W przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON dostarczę w wyznaczonym terminie pisemną informację, przygotowaną zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającą stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
- Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: ☐ tak - ☐ nie,
- Zapoznałam/em się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie – udostępnił:
 - na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie oraz komórkach organizacyjnych znajdujących się poza jego siedzibą,
 - na stronie internetowej Centrum pod adresem internetowym: <http://www.opatow.naszepcfpr.pl>

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/podopiecznym (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 4 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku Wnioskodawców / podopiecznych, którzy są bezrobotni, poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu – zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy potwierdzający ww. sytuację zawodową.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy się uczą – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Plan aktywizacji - stanowiącym załącznik nr 5 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	2 niezależne oferty cenowe lub kosztorysy z dwóch różnych punktów sprzedaży z wymienionym z nazwy sprzętem, wartością brutto, pieczęcią sklepu oraz podpisem sprzedawcy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	W przypadku osób poszkodowanych w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, Straż Pożarną, Policję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Inne załączniki (należy wymienić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód** należy rozumieć dochód na członka rodziny obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez **pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (**zgodnie z przypisem nr 1**):

		Średni miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. mąż, żona, córka.		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

- 1) średni miesięczny dochód **netto** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł (słownie złotych:) (**należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2**);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu

Przypis nr 1

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób) uważa się:

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu, w tym w szczególności: renty przyznawane na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych, wojskowych oraz ich rodzin, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny, dodatek kompensacyjny, ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe, zasiłki chorobowe określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej, alimenty na rzecz dzieci, kwoty diet otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków służbowych i obywatelskich, należności z tyt. wynajmu pokoi gościnnych, stypendia, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium otrzymywane przez osoby przebywające czasowo za granicą, należności ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie pełnienia służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu.

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny dochód wykazany w wierszu „Razem”} \\ \text{w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na} \\ \text{stronie 1 niniejszego Oświadczenia} \end{array}}$$

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<i>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</i>)		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: (<i>prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu</i>)		
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Prosimy o wypełnienie także z drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić właściwe pola ☐)

<input type="checkbox"/>	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie, ul. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** (administratora danych) oraz do **Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Opatowie, ul. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. **Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.**

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej,
w imieniu której występuje Pełnomocnik

.....
adres zamieszkania

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Pełnomocnika osoby niepełnosprawnej)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

1. świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art.75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/em właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem/em w żaden inny sposób powiązana/y z zarządzaniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.
2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
(miejscowość)

.....
podpis Pełnomocnika

UZASADNIENIE WNIOSKU – PLAN AKTYWIZACJI			
OBSZAR AKTYWIZACJI	Czego nie może aktualnie osiągnąć lub zrobić Wnioskodawca i w czym pomoże mu uzyskanie dofinansowania	Co będzie mógł osiągnąć Wnioskodawca i jakie w związku z tym podejmie działania po otrzymaniu dofinansowania	PLANOWANY TERMIN REALIZACJI DZIAŁAŃ
ZAWODOWEJ			
EDUKACYJNEJ			
SPOŁECZNEJ			

.....
data i podpis Wnioskodawcy