aktywny samorząd

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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 1
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

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:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ 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)
☐ zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
☐ umowa cywilnoprawna	
☐ staż zawodowy	
☐ działalność gospodarcza	
☐ działalność rolnicza	

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

☐ Nie dotyczy
☐ Przedszkole
☐ Szkoła podstawowa
☐ 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
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 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 posiadanego 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

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

☐ firma handlowa
☐ media
☐ Realizator programu
☐ PFRON
☐ inne, jakie:

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 zł x liczba hektarów)/12]/ 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 1

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
☐ dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie		
☐ automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła		
☐ elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia		
☐ specjalne siedzenia		
☐ elektroniczna obręcz przyspieszenia		
☐ ręczny gaz – hamulec		
☐ przedłużenie pedałów		
☐ sterowanie elektroniczne		

☐ podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego		
☐ przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników		
☐ system wspomagania parkowania		
☐ inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):		
Razem:		

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

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

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):	*Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:*

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód** 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 2018r., 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 roku (wg wzoru [(2.715zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy przez to rozumieć:

1. **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

   lub

2. **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

przy czym **wnioskodawcę**, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

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

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

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł ..... zł, słownie złotych: .....

..... .

Oświadczam, iż liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pełnomocnika

<u>Uwaga:</u>

Wnioskodawca na żądanie MOPR w Tarnobrzegu zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1) zwanego dalej „RODO”, Administratorzy Danych Osobowych informują o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych:

1. Administratorami Pani/a danych osobowych są: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu z siedzibą ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg, tel. 15 823-07-38, e-mail: mopr@mopr.pl, zwany dalej „MOPR”, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie z siedzibą al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel.: 22 50-55-500, zwany dalej „PFRON”.
2. Kontakt z Inspektorami Ochrony Danych możliwy jest:
   1) w MOPR - pod adresem e-mail: iod@mopr.pl, listownie na adres: ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg,
   2) w PFRON - pod adresem e-mail: iod@pfron.org.pl, listownie na adres al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, oraz tel. pod numerem: 22 50-55-500.
3. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i lit. b RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON wsparcia wynikającego z Programu „Aktywny Samorząd” oraz realizacji ww. celu - poprzez przetwarzanie Pani/a danych osobowych w Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON, (zwanego dalej „SOW”) - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Pilotażowego Programu „Aktywny Samorząd”. MOPR, w oparciu o powyższe podstawy prawne przetwarzania danych, przekazuje Pani/a dane osobowe do PFRON także w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji Programu „Aktywny Samorząd” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. PFRON jako właściciel i udostępniający SOW zawiera umowy powierzenia przetwarzania Pani/a danych osobowych z podmiotami świadczącymi usługi serwisowe dla SOW. PFRON, w imieniu Administratorów danych osobowych, odpowiada za zgodne z RODO powierzenie przetwarzania Pani/a danych osobowych.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3, odbiorcami Pani/a danych osobowych mogą być:
   1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają Pani/a dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,
   2) dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla SOW.
6. Pani/a dane przechowywane będą przez MOPR/PFRON przez okres związany z realizacją celów - o którym mowa w pkt 3, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz wydanej na jej podstawie instrukcji kancelaryjnej MOPR, jednak przez okres nie krótszy niż 5 lat licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy z beneficjentem.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/a danych osobowych, przysługują Pani/u następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   2) prawo do sprostowania swoich danych osobowych;
   3) prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego lub zawartej umowy;
   4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO i w sposób zautomatyzowany;

6) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/n, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Podanie przez Panią/a danych osobowych wymaganych we wniosku jest obowiązkowe do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania. Niepodanie danych oznacza brak możliwości rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania, a w konsekwencji brak możliwości udzielenia pomocy w ramach programu.
9. Pani/a dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z powyższą informacją

…….

data i czytelny podpis

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia (opis):** .....
.....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie : .....
.....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?):	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja narządu ruchu:	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Bark dysfunkcji narządu ruchu	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza

Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" –

OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Niniejsze oświadczenie składa Pełnomocnik osoby niepełnosprawnej:

……..

(imię i nazwisko Pełnomocnika osoby niepełnosprawnej)

……

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

wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON składam na rzecz:

……..

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje Pełnomocnik)

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 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON oraz nie jestem i nie byłem w żaden sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

…….. ……..……

(data) *czytelny podpis Pełnomocnika osoby niepełnosprawnej*

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

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

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

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Tarnobrzegu ☐ tak - ☐ nie,**
2. zgłoszę bezzwłocznie do Realizatora informacje pisemne o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych w niniejszym wniosku,
3. 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,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
5. 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,
6. **posiadam** środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15% ceny brutto**),
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak - ☐ nie,**
9. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na **warunkach określonych w umowie z Realizatorem, na podstawie** przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……, dnia……r. ……

miejscowość ***czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pełnomocnika***

Prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:
Pesel:

Na podstawie rozdziału I ust. 4 dokumentu pn. „Zasady (…)”, zwracam się do Realizatora programu z prośbą o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na zadanie:

☐ **Obszar A Zadanie 1**	☐ **Obszar A Zadanie 2**	☐ **Obszar A Zadanie 3**
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu słuchu)
☐ **Obszar A Zadanie 4**	☐ **Obszar B Zadanie 1**	☐ **Obszar B Zadanie 2**
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku lub obu rąk)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego
☐ **Obszar B Zadanie 3**	☐ **Obszar B Zadanie 4**	☐ **Obszar B Zadanie 5**
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja słuchu)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej zakupionego sprzętu elektronicznego
☐ **Obszar C Zadanie 1**	☐ **Obszar C Zadanie 2**	☐ **Obszar C Zadanie 3**
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy na III lub IV poziomie jakości
☐ **Obszar C Zadanie 4**	☐ **Obszar C Zadanie 5**	☐ **Obszar D**
pomoc w utrzymaniu sprawności posiadanej protezy na III lub IV poziomie jakości	Pomoc w zakupie skutera elektrycznego lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
☐ **MODUŁ II**		
pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

Informacje dodatkowe:

……
……
……

Data, podpis Wnioskodawcy

……

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU - OBSZAR A1

- swoje (lub dziecka) orzeczenie o niepełnosprawności,
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
- zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 05-R – załącznik nr 3,
- oferta cenowa oprzyrządowania wraz z montażem w rozbiciu na rodzaje planowanego oprzyrządowania samochodu,
- Oświadczenie o wysokości dochodów – załącznik nr 1,
- Klauzula informacyjna – załącznik nr 2,
- Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 4,
- Oświadczenie Wnioskodawcy – załącznik nr 5,
- Podanie o przywrócenie terminu na złożenie wniosku – załącznik nr 6,
- kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu bądź umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.,
- Zaświadczenie o pobieraniu nauki,
- Zaświadczenie o zatrudnieniu,
- Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby

  Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

  1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW,
  2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

  Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.