

ZARZĄDZENIE nr PCPR.ZN.021.21.2019
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Dworze Mazowieckim
z dnia 31 lipca 2019 r.

**w sprawie ustalenia i wprowadzenia Szczegółowych zasad przyjmowania,
rozpatrywania i realizacji wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach
pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r.**

Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172), § 9 ust. 1, pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, stanowiącego załącznik do uchwały nr 43/2019 Zarządu Powiatu Nowodworskiego z dnia 27 lutego 2019 r. oraz Uchwały nr 383/2013 Zarządu Powiatu Nowodworskiego z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie przystąpienia Powiatu Nowodworskiego do realizacji pilotażowego programu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Aktywny Samorząd”, wyznaczenia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim do realizacji w/w programu oraz upoważnienia Dyrektora i Zastępcy Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim do podejmowania czynności z zakresu realizacji programu „Aktywny Samorząd”.

zarządzam, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się Szczegółowe zasady przyjmowania, rozpatrywania i realizacji wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r. zgodnie z załącznikiem do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Traci moc zarządzenie nr PCPR.ZN.021.16.2019 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim z dnia 21 maja 2019 r. w sprawie ustalenia i wprowadzenia Szczegółowych zasad przyjmowania, rozpatrywania i realizacji wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr *Marek Rączka*

Załącznik
do Zarządzenia nr PCPR.ZN.021.21.2019
z dnia 31 lipca 2019 r.
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Dworze Mazowieckim

Szczegółowe zasady przyjmowania, rozpatrywania i realizacji wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.

I. Zasady przyjmowania wniosków oraz ich weryfikacji formalnej

1. Przyjmowanie wniosków odbywa się w trybie ciągłym:
 - a) od dnia 15 marca 2019 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. w przypadku wniosków składanych w ramach modułu I,
 - b) od dnia 15 marca 2019 r. do dnia 10 października 2019 r. w przypadku wniosków składanych w ramach modułu II,
2. Formularze wniosków stanowią załączniki nr 1 i nr 2 do niniejszych Zasad,
3. Dodatkowymi wymaganymi załącznikami do wniosków o dofinansowanie są:
 - a) oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (np. faktura proforma) — dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszarów: A (zadanie nr 1 i nr 4) B (zadania nr: 1 - 5) i C (zadanie nr 2 i nr 5),
 - b) dwie niezależne oferty cenowe dotyczące przedmiotu dofinansowania (np. faktury proforma) — dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru C (zadania nr 1)
 - c) dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotyczące zakupu protezy, sporządzone przez niezależne protezownie wg wzoru nr 9 – C3_0 (załącznik nr 6 do wniosku o dofinansowanie) wyłącznie za pomocą formularza aktywnego dostępnego na stronach internetowych: www.pcpr.nowodworski.pl i www.pfron.org.pl - dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru C (zadanie 3); propozycje (oferty) wypełniane odręcznie nie będą honorowane,
 - d) dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotyczące kosztów utrzymania w sprawności protezy sporządzone przez niezależne protezownie wg wzoru nr 10 – C4_0 (załącznik nr 7 do wniosku o dofinansowanie) wyłącznie za pomocą formularza aktywnego dostępnego na stronach internetowych: www.pcpr.nowodworski.pl i www.pfron.org.pl - dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru C (zadanie 4); propozycje (oferty) wypełniane odręcznie nie będą honorowane,
 - e) kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami - dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru A (zadanie nr 2 i nr 3),
 - f) kserokopia dowodu rejestracyjnego (oryginał do wglądu) samochodu, w którym planowany jest montaż oprzyrządowania zgodnie z treścią wniosku lub kopia umowy (np. użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.) świadcząca o fakcie posiadania samochodu - dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru A (zadanie nr 1 i nr 4),

- g) wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu — dotyczy studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej, ubiegających się o dofinansowanie w ramach modułu II
 - h) wystawiony przez pracodawcę dokument (sporządzony wg wzoru - załącznik nr 5 do wniosku o dofinansowanie), zawierający informację, czy wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki — dotyczy wyłącznie zatrudnionych wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach modułu II,
 - i) wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru - załącznik nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęły przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich — dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego — dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach modułu II,
 - j) zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (o ile dotyczy), wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku, sporządzone wg wzoru, stanowiącego załącznik do wniosku nr:
 - 2a – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru A (zadanie nr 1 i nr 2),
 - 2b – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru A (zadanie nr 3 i nr 4) oraz modułu I, obszaru B (zadanie nr 4),
 - 2c – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru B (zadanie nr 1),
 - 2d – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru B (zadanie nr 1 i nr 3),
 - 2e – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru C (zadanie nr 3 i nr 4),
 - 2f – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru C (zadanie nr 5),
 - 2g – dotyczy wniosków składanych w ramach modułu I, obszaru C (zadanie nr 1),
 - j) oświadczenie dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy, sporządzone wg wzoru - załącznik nr 3a do wniosku o dofinansowanie,
 - k) oświadczenie dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka/podopiecznego wnioskodawcy (o ile dotyczy), sporządzone wg wzoru - załącznik nr 3b do wniosku o dofinansowanie,
4. Wnioski podlegają weryfikacji formalnej w terminie 10 dni od daty złożenia oraz daty uzupełnienia dokumentacji i/lub usunięcia zgłoszonych uchybień. Czynność ta podlega dokumentacji zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszych Zasad.
5. W przypadku negatywnej weryfikacji formalnej wniosku, w wyniku, której stwierdzono, że:

- a) wnioskodawca/podopieczny wnioskodawcy nie spełnia wszystkich kryteriów uprawniających do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania,
- b) nie został zachowany termin złożenia wniosku,
- c) zgłoszony we wniosku przedmiotu dofinansowania nie jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie,

wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie o braku możliwości uczestnictwa w programie oraz o negatywnym sposobie rozpatrzenia wniosku.

- 6. W przypadku negatywnej weryfikacji formalnej wniosku, w wyniku, której stwierdzono braki i/lub uchybienia, wnioskodawca zostaje wezwany do uzupełnienia dokumentacji i/lub usunięcia uchybień w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania. Nieusunięcie w wyznaczonym terminie zgłoszonych uchybień i/lub braków skutkuje negatywnym rozpatrzeniem wniosku.
- 7. W sytuacji, gdy Realizator programu - PCPR w Nowym Dworze Mazowieckim poweźmie wątpliwości odnośnie informacji zawartych w treści wniosku i załącznikach, wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania.
- 8. Wnioski o dofinansowanie w ramach modułu II należy składać odrębnie na każdy semestr i półrocze nauki. Tym samym na podstawie jednego wniosku nie jest możliwe ubieganie się o dofinansowanie kosztów nauki dotyczących całego roku akademickiego/szkolnego obejmującego, co najmniej dwa semestry/półrocza.

II. Zasady oceny merytorycznej wniosków składanych w ramach modułu I

- 1. Zweryfikowane pozytywnie wnioski o dofinansowanie w ramach modułu I podlegają ocenie merytorycznej, podczas której stosuje się punktowy system oceny wniosków. Czynność ta podlega dokumentacji zgodnie z załącznikiem nr 4 do niniejszych Zasad.
 - 2. W ramach oceny merytorycznej wniosków wnioskodawcy mogą zdobyć maksymalnie 100 punktów.
 - 3. Wyznacza się minimalny próg punktowy umożliwiający bieżące udzielanie dofinansowania o wartości 45 punktów.
 - 4. Na podstawie przeprowadzonej oceny merytorycznej wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I tworzona jest lista rankingowa.
 - 5. W sytuacji, gdy limit środków finansowych przekazany realizatorowi programu przez PFRON nie umożliwia udzielenia dofinansowania wszystkim wnioskodawcom z równorzędną oceną wniosku, o przyznaniu dofinansowania decyduje:
 - a) stopień niepełnosprawności potencjalnego beneficjenta pomocy w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski dotyczące osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- a w dalszej kolejności, gdy reguła postępowania wyrażona w lit. a nie prowadzi do wyboru wniosku do dofinansowania:
- b) wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych - w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski wnioskodawców, których dochód jest najniższy.

III. Zasady rozpatrywania i realizacji wniosków

1. W ramach realizacji modułu I przyjmuje się okresowe cykle realizacji wniosków:
 - a) I cykl — wnioski, w przypadku, których do dnia 28 czerwca 2019 r. została dokonana ocena merytoryczna, podczas której wnioskodawca uzyskał liczbę punktów pozwalającą na bieżące udzielenie dofinansowania i zajął miejsce na liście rankingowej umożliwiające udzielenie wsparcia w ramach puli środków PFRON oraz (o ile dotyczy) uzyskały pozytywną opinię eksperta Realizatora lub eksperta PFRON. Wnioski zakwalifikowane do I cyklu będą realizowane (w tym rozpatrywane) od dnia 01 lipca 2019 r.,
 - b) II cykl — wnioski, w przypadku, których do dnia 27 września 2019 r. została dokonana ocena merytoryczna, podczas której wnioskodawca uzyskał liczbę punktów pozwalającą na bieżące udzielenie dofinansowania i zajął miejsce na liście rankingowej umożliwiające udzielenie wsparcia w ramach puli środków PFRON oraz (o ile dotyczy) uzyskały pozytywną opinię eksperta Realizatora lub eksperta PFRON. Wnioski zakwalifikowane do II cyklu będą realizowane (w tym rozpatrywane) od dnia 01 października 2019 r.,
 - c) III cykl — wnioski, w przypadku, których do dnia 04 listopada 2019 r. została dokonana ocena merytoryczna, podczas której wnioskodawca uzyskał liczbę punktów pozwalającą na bieżące udzielenie dofinansowania i zajęły miejsce na liście rankingowej umożliwiające udzielenie wsparcia w ramach puli środków PFRON oraz (o ile dotyczy) uzyskały pozytywną opinię eksperta Realizatora lub eksperta PFRON. Wnioski zakwalifikowane do III cyklu będą realizowane (w tym rozpatrywane) od dnia 05 listopada 2019 r.,
 - d) IV cykl — wnioski, w przypadku, których do dnia 31 grudnia 2019 r. została dokonana ocena merytoryczna, zajęły miejsce na liście rankingowej umożliwiające udzielenie wsparcia w ramach puli środków PFRON oraz (o ile dotyczy) uzyskały pozytywną opinię eksperta Realizatora lub eksperta PFRON. Wnioski zakwalifikowane do IV cyklu będą realizowane (w tym rozpatrywane) od dnia 02 stycznia 2020 r.,
2. Wnioski o dofinansowanie złożone w ramach modułu I, które na podstawie oceny merytorycznej uzyskały liczbę punktów niepozwalającą na bieżące udzielenie dofinansowania (tj. poniżej ustalonych progów punktowych):
 - a) lub zajęły miejsca na liście rankingowej niepozwalające na udzielenie wsparcia w ramach pierwszej transzy puli środków PFRON, mogą zostać zrealizowane po otrzymaniu II transzy środków,
 - b) mogą zostać zrealizowane przed otrzymaniem II transzy środków w sytuacji, gdy zostanie zakończony termin naboru wniosków i Realizator programu będzie dysponował pulą środków wystarczającą do ich realizacji,
3. Realizacja (w tym pozytywne rozpatrzenie) wniosków, o których mowa w ust. 2 może nastąpić pod warunkiem uprzedniego przyznania dofinansowań do realizacji wszystkich wniosków, które na podstawie oceny merytorycznej uzyskały większą liczbę punktów oraz (o ile dotyczy) uzyskały pozytywną opinię eksperta Realizatora lub PFRON i pod warunkiem dysponowania przez Realizatora wystarczającą pulą środków finansowych PFRON.
4. W ramach realizacji modułu II przyjmuje się dwa cykle realizacji wniosków pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnym, adekwatnie do organizacji roku akademickiego/szkolnego, wyznaczając dwa terminy przyjmowania wniosków:

- a) I cykl - wnioski składane w terminie od 15 marca 2019 r. do dnia 30 marca 2019 r.,
 - b) II cykl - wnioski składane w terminie od 02 kwietnia 2019 r. do dnia 10 października 2019 r.; przy czym wnioski te mogą zostać rozpatrzone pozytywnie najwcześniej w październiku 2019 r.
5. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację wniosków o dofinansowanie w danym cyklu oraz wysokość dofinansowania dla wnioskodawcy w przypadku każdego rodzaju wsparcia wymienionego w rozdziale VII ust. 2 programu - zostaną określone odrębnym zarządzeniem Dyrektora PCPR na początku okresu ich realizacji.
6. W ramach realizacji modułu I, możliwa jest refundacja kosztów dojazdu wnioskodawcy:
- a) z miejsca zamieszkania do miejsca organizacji kursu na prawo jazdy oraz powrotu z miejsca organizacji kursu do miejsca zamieszkania (dotyczy obszaru A, zadania nr 2 i nr 3),
 - b) na spotkanie z Ekspertem PFRON oraz powrotu do miejsca zamieszkania (dotyczy obszaru C, zadań: 1, 3 i 4),
7. Refundacja o której mowa w ust. 6 dotyczy poniesionych kosztów związanych z dojazdem:
- a) środkami transportu publicznego,
 - b) samochodem prywatnym,
8. W przypadku wnioskodawców, którzy ponieśli koszty związane z dojazdem samochodem prywatnym, przyjmuje się stawki kosztów przejazdu za jeden kilometr przebiegu:
- a) dla samochodu osobowego o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ - 0,5214 zł za 1 km przebiegu pojazdu,
 - b) dla samochodu osobowego o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ - 0,8358 zł za 1 km przebiegu pojazdu,
9. Wypłata i rozliczenie środków PFRON przyznanych na cel, o którym mowa w ust. 6 następuje na podstawie umowy dofinansowania, zawartej pomiędzy wnioskodawcą a Realizatorem.
10. Rozpatrując wnioski złożone w ramach modułu I Realizator może:
- a) zatwierdzić do realizacji niższy od wskazanego we wniosku przewidywany całkowity koszt realizacji zadania,
 - b) przyznać dofinansowanie ze środków PFRON w kwocie niższej od wnioskowanej, procentowo niższe od wnioskowanego oraz w węższym niż wnioskowano zakresie,
11. Kwota dofinansowania ustalana jest w pełnych złotych (po zaokrągleniu w dół), zaś rozliczenia dokonuje się bez zaokrągleń do pełnych złotych, tj. z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i zaokrągleniu w dół.
12. O sposobie rozpatrzenia wniosku Realizator informuje pisemnie wnioskodawcę w terminie 10 dni od dnia rozpatrzenia. Informacja o sposobie rozpatrzenia wniosku nie jest decyzją administracyjną w rozumieniu przepisów KPA i nie przysługuje od niej odwołanie.
13. Sposób rozliczenia przyznanych środków PFRON regulują zapisy umowy dofinansowania zawieranej pomiędzy Realizatorem programu a wnioskodawcą.

	nr sprawy: PCPR.ZN.4141.2.1. 2019	 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
--	--	---

(data wpływu wniosku do PCPR)

(wypełnia Realizator programu)

Program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „O” – o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach
pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)**

Część A – wypełnia Wnioskodawca

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. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola 7)**

* - definicje terminów oznaczonych gwiazdką zawarto w dokumencie pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.

Moduł I

☐ Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu	☐ Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych
☐ Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,	☐ Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,
☐ Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,	☐ 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 i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym
☐ Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,	☐ Obszar C – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania,

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawie) należy wypełnić wszystkie pola

Dane Wnioskodawcy		☐ rodzic dziecka / ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię/Imiona: Nazwisko:			
nr PESEL:		Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość:	
seria		numer wydany w dniu r. przez	
.....		ważny do dnia r.	
Płeć: ☐ kobieta / ☐ mężczyzna		Stan cywilny: ☐ wolna/y / ☐ zamężna/zonaty / ☐ wdowa/wdowiec	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne* (osoba samotnie gospodarująca) / ☐ wspólne			
Miejsce zamieszkania* (adres) – pobyt stały:		Adres zameldowania: (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)	
ulica:		ulica:	
miejscowość:		miejscowość:	
nr domu: nr lokalu:		nr domu: nr lokalu:	
kod pocztowy - poczta		kod pocztowy - poczta	
powiat:		powiat:	
województwo:		województwo:	

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):**Dane kontaktowe** (o ile dotyczy / należy wypełnić **czytelnie**):

numer telefonu:

e'mail:

Dane dziecka/podopiecznego Wnioskodawcy, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE****MIEJSCE ZAMIESZKANIA* (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Imię

ulica:

Nazwisko

miejscowość:

Data urodzenia: r.

nr domu: nr lokalu:

nr PESEL: kod pocztowy - pocztaOsoba pełnoletnia: ☐ tak / ☐ nie

powiat:

Płeć: ☐ kobieta / ☐ mężczyzna

województwo:

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego (posiadane orzeczenie):☐ 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 o niepełnosprawności (do 16 roku życia)Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo, do dnia: / ☐ bezterminowo**Rodzaj niepełnosprawności podopiecznego:**

(przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia; należy zaznaczyć właściwy kod/symbol oraz dodatkowe dane)

☐ 01-U (upośledzenie umysłowe)☐ 02-P (choroby psychiczne)☐ 03-L (zaburzenia głosu, mowy choroby słuchu)☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego☐ 04-O (choroby narządu wzroku)☐ osoba niewidoma☐ osoba głuchoniewidoma☐ 05-R (upośledzenie narządu ruchu)☐ dysfunkcja jednej kończyny górnej☐ dysfunkcja jednej kończyny dolnej☐ dysfunkcja obydwu kończyn górnych☐ dysfunkcja obydwu kończyn dolnychWnioskodawca porusza się **samodzielnie** za pomocą wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczyWnioskodawca porusza się **niesamodzielnie** za pomocą wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy☐ 06-E (epilepsja)☐ 07-S (choroby układu oddechowego i krążenia)☐ 08-T (choroby układu pokarmowego)☐ 09-M (choroby układu moczowo-płciowego)☐ 10-N (schorzenia neurologiczne)☐ 11-I (inne)☐ 12-C (całościowe zaburzenia rozwojowe)

Zdobyte wykształcenie podopiecznego:

☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ ponadgimnazjalne
☐ wyższe	☐ Inne (jakie?):	

Aktywność zawodowa* podopiecznego: (o ile dotyczy) ☐ nie dotyczy

☐ **Osoba niezatrudniona**, przy czym:

☐ Wnioskodawca nigdy nie był zatrudniony

☐ Wnioskodawca był zatrudniony a okres ostatniego zatrudnienia upłynął (jeśli dotyczy, należy wskazać kiedy): r.

☐ **Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy** (jeśli tak, należy wskazać dane urzędu:),

Uzyskany status osoby: ☐ bezrobotnej / ☐ poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu

data rejestracji w urzędzie pracy/uzyskania ww. statusu: r.

☐ osoba zatrudniona* od dnia r. do dnia r.

☐ osoba zatrudniona* od dnia r. na czas nieokreślony

stosunek pracy zawarty na podstawie:

☐ umowy o pracę ☐ umowy cywilnoprawnej

☐ powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ staż zawodowy

Dane pracodawcy:

nazwa:

adres siedziby:

adres miejsca pracy:

nr telefonu kontaktowego pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

W przypadku, gdy wskazany powyżej okres zatrudnienia na **czas określony**, jest krótszy, niż **3 miesiące** w przypadku umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, lub **6 miesięcy** w przypadku umowy cywilnoprawnej, poniżej należy przedstawić historię zatrudnienia z okresu **6 miesięcy poprzedzających aktualny stosunek pracy**:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ **działalność gospodarcza** (nr NIP:) prowadzona na podstawie:

☐ wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie:

☐ Inna podstawa (jaka?)

☐ **działalność rolnicza** Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej i/lub rolniczej:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym m.in. poprzez PCPR, PUP lub PFRON? (jeśli tak, należy wypełnić tabelę, podając szczegóły dot. udzielonego wsparcia)							☐ tak ☐ nie
I.p.	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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	Stan rozliczenia
1							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
2							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
3							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
4							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
5							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
6							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono

	nr sprawy: PCPR.ZN.4141.2.1. 2019	 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
--	--	---

(data wpływu wniosku do PCPR)

(wypełnia Realizator programu)

Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)

Część A – wypełnia Wnioskodawca

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. (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola □)

* - definicje terminów oznaczonych gwiazdką zawarto w dokumencie pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r.

Moduł I

☐ Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu	☐ Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu,
☐ Obszar A – Zadanie nr 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego	☐ Obszar A – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu,
☐ Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych	☐ Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
☐ Obszar B – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku,	☐ Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,
☐ Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,	☐ 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 i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym
☐ Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,	☐ Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości, adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności,
☐ Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości), adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności,	☐ Obszar C – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania,
☐ Obszar D pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką), adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, którzy są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka;	☐ Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym, adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, pobierających naukę w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium, a także do osób mających przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

Imię/Imliona:		Nazwisko:	
nr PESEL: □□□□□□□□□□		Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość:	
seria		numer wydany w dniu .....r. przez	
		 ważny do dnia r.	
Płeć: ☐ kobieta / ☐ mężczyzna		Stan cywilny: ☐ wolna/y / ☐ zamężna/żonaty / ☐ wdowa/wdowiec	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne* (osoba samotnie gospodarująca) / ☐ wspólne			
Dane kontaktowe (o ile dotyczy / należy wypełnić czytelnie):			
numer telefonu:		e'mail:	

Miejsce zamieszkania* (adres) – pobyt stały:		Adres zameldowania: (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)	
ulica:		ulica:	
miejscowość:		miejscowość:	
nr domu: nr lokalu:		nr domu: nr lokalu:	
Kod pocztowy □□-□□□ pocztą		Kod pocztowy □□-□□□ pocztą	
.....			
powiat:		powiat:	
województwo:		województwo:	
Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):			
.....			
Stan prawny dotyczący niepełnosprawności (posiadane orzeczenie):			
☐ 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: (przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia; należy zaznaczyć właściwy kod/symbol oraz dodatkowe dane)			
☐ 01-U (upośledzenie umysłowe)		☐ 02-P (choroby psychiczne)	
☐ 03-L (zaburzenia głosu, mowy choroby słuchu)			
☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,			
☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego			
☐ 04-O (choroby narządu wzroku)	☐ osoba niewidoma	☐ osoba głuchoniewidoma	
☐ 05-R (upośledzenie narządu ruchu)	☐ dysfunkcja <u>jednej kończyny górnej</u>	☐ dysfunkcja <u>jednej kończyny dolnej</u>	
	☐ dysfunkcja <u>obydwu kończyn górnych</u>	☐ dysfunkcja <u>obydwu kończyn dolnych</u>	
Wnioskodawca porusza się samodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy			
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy			
☐ 06-E (epilepsja)	☐ 07-S (choroby układu oddechowego i krążenia)	☐ 08-T (choroby układu pokarmowego)	
☐ 09-M (choroby układu moczowo-płciowego)	☐ 10-N (schorzenia neurologiczne)	☐ 11-I (inne)	
☐ 12-C (całościowe zaburzenia rozwojowe)			

Zdobyte wykształcenie:

☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ ponadgimnazjalne
☐ wyższe	☐ Inne (jakie?):	

Aktywność zawodowa*:

- ☐ **Osoba niezatrudniona**, przy czym:
- ☐ Wnioskodawca nigdy nie był zatrudniony
- ☐ Wnioskodawca był zatrudniony a okres ostatniego zatrudnienia upłynął (jeśli dotyczy, należy wskazać kiedy): r.

☐ **Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy** (jeśli tak, należy wskazać dane urzędu:),

Uzyskany status osoby: ☐ bezrobotnej / ☐ poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu

data rejestracji w urzędzie pracy/uzyskania ww. statusu: r.

☐ osoba zatrudniona* od dnia r. do dnia r.

☐ osoba zatrudniona* od dnia r. na czas nieokreślony

stosunek pracy zawarty na podstawie:

- ☐ umowy o pracę ☐ umowy cywilnoprawnej
- ☐ powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ staż zawodowy

Dane pracodawcy:

nazwa:

adres siedziby:

adres miejsca pracy:

nr telefonu kontaktowego pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

W przypadku, gdy wskazany powyżej okres zatrudnienia na **czas określony**, jest krótszy, niż **3 miesiące** w przypadku umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, lub **6 miesięcy** w przypadku umowy cywilnoprawnej, poniżej należy przedstawić historię zatrudnienia z okresu **6 miesięcy poprzedzających aktualny stosunek pracy**:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ **działalność gospodarcza** (nr NIP:) prowadzona na podstawie:

☐ wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie:

☐ Inna podstawa (jaka?)

☐ **działalność rolnicza** Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej i/lub rolniczej:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym m.in. poprzez PCPR, PUP lub PFRON? (jeśli tak, należy wypełnić tabelę, podając szczegóły dot. udzielonego wsparcia)							☐ tak ☐ nie
I.p.	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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	Stan rozliczenia
1							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
2							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
3							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
4							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
5							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono
6							☐ rozliczono prawidłowo ☐ w rozliczeniu ☐ nie rozliczono

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar A / Zadanie 1 i Zadanie 4

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) dla osób z dysfunkcją narządu ruchu – zadanie 1	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
☐ dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	 zł
☐ automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny	 zł
☐ sterownik sprzęgła	 zł
☐ elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	 zł
☐ specjalne siedzenia	 zł
☐ elektroniczna obręcz przyspieszenia	 zł
☐ ręczny gaz – hamulec	 zł
☐ przedłużenie pedałów	 zł
☐ sterowanie elektroniczne	 zł
☐ podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	 zł
☐ przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	 zł
☐ system wspomagania parkowania	 zł
☐ inne, jakie:	 zł
RAZEM	 zł

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) dla osób z dysfunkcją narządu słuchu – zadanie 4	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
☐ komunikator	 zł
☐ tablet ze specjalnym oprogramowaniem	 zł
☐ sygnalizator/y (..... szt.)	 zł
☐ aplikacje (..... szt.)	 zł
☐ inne, jakie:	 zł
RAZEM	 zł

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
.....	

5. Informacje uzupełniające

Przedmiotem wniosku jest dofinansowanie zakupu i montażu oprzyrządowania do samochodu marki (rok produkcji), o numerze rejestracyjnym

Oświadczam, że:

- ☐ jestem właścicielem/współwłaścicielem tego samochodu
- ☐ nie jestem właścicielem/współwłaścicielem tego samochodu
- ☐ użytkuję ten samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.)
- ☐ pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny -
(proszę podać stopień pokrewieństwa) jest właścicielem/współwłaścicielem tego samochodu,
- ☐ pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny -
(proszę podać stopień pokrewieństwa) użytkuje ten samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.)

- ☐ Nie posiadam oprzyrządowania do tego samochodu
- ☐ Posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu:

- ☐ Nie uzyskałem/am wcześniej pomocy w zakupie samochodu i/lub oprzyrządowania samochodu (przy czym nie chodzi tylko o wspomniany powyżej samochód),

- ☐ Uzyskałem/am wcześniej pomocy w zakupie samochodu i/lub oprzyrządowania samochodu (przy czym nie chodzi tylko o wspomniany powyżej samochód), tj.:

w roku, w ramach programu
dofinansowaniem objęto

a także

w roku, w ramach programu
dofinansowaniem objęto

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

..... dnia r.

miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

str. 8

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 10 - 12)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	☐	☐	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a (o ile dotyczy) lub 2b do formularza wniosku)</i>	☐	☐	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7	Kserokopia dowodu rejestracyjnego (oryginał do wglądu) samochodu, w którym planowany jest montaż oprzyrządowania zgodnie z treścią wniosku.	☐	☐	
8	Kserokopia umowy stanowiącej podstawę do użytkowania samochodu np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd. (o ile dotyczy)	☐	☐	
9	oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (np. faktura proforma)	☐	☐	
10	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
11	.....	☐	☐	
12	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar A / Zadanie 2 i Zadanie 3

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii : Planowany termin kursu: - nazwa i adres ośrodka:
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: ☐ nie ☐ 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.:

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

l.p.	Koszty uzyskania prawa jazdy	Orientacyjny koszt brutto (w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
1	Koszt kursu i egzaminów	 zł	 zł
oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)			
2	Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu	 zł	 zł
3	Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu	 zł	 zł
4	Koszty usług tłumacza migowego	 zł	 zł
	RAZEM	 zł	 zł

5. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w pokryciu kosztów uzyskania prawa jazdy? ☐ nie ☐ tak, w roku, w ramach a także w roku, w ramach
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)
nr rachunku bankowego:
nazwa banku:

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B	☐ - tak ☐ - nie
7	posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy	☐ - tak ☐ - nie
8	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
9	w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
10	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,	☐ - tak ☐ - nie
11	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,	☐ - tak ☐ - nie
12	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 i/lub innych dokumentów rozliczeniowych określonych w umowie dofinansowania.	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r.
 miejscowość

.....
 podpis Wnioskodawcy

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6 - 8)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	☐	☐	
3	Kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
4	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a (o ile dotyczy) lub 2b do formularza wniosku</i>)	☐	☐	
5	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a do wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
6	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
7	.....	☐	☐	
8	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar B

l.p.	Zadanie nr 1 / Zadanie nr 3 / Zadanie nr 4 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego / urządzeń / oprogramowania:	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1	 zł	 zł
2	 zł	 zł
3	 zł	 zł
4	 zł	 zł
5	 zł	 zł
7	 zł	 zł
RAZEM		 zł

l.p.	Zadanie nr 2 – specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1	 zł	 zł
2	 zł	 zł
RAZEM		 zł

l.p.	Zadanie nr 5 – specyfikacja - proszę wymienić koszty (w tym ich rodzaj) związane z utrzymaniem sprawności technicznej sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach realizacji programu, w tym koszt zakupu dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania (w celu osiągnięcia minimalnych wymogów technicznych lub dokonania koniecznych aktualizacji, niezbędnych do zachowania funkcjonalności sprzętu lub oprogramowania), a także koszt niezbędnych napraw, przeglądów czy konserwacji	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1	 zł	 zł
2	 zł	 zł
3	 zł	 zł
RAZEM		 zł

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia	Orientacyjna łączna cena brutto (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
Zadanie nr 1	 zł	 zł
Zadanie nr 2	 zł	 zł
Zadanie nr 3	 zł	 zł
Zadanie nr 4	 zł	 zł
Zadanie nr 5	 zł	 zł
RAZEM	 zł	 zł

5. Informacje uzupełniające

☐ Posiadam / mój podopieczny posiada** następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

.....

☐ Nie posiadam / mój podopieczny nie posiada** sprzętu komputerowego

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego** kursy komputerowe:

.....

Czy Wnioskodawca / podopieczny** uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego (w tym komputerowego) i oprogramowania?

☐ **nie** ☐ **tak**, w roku, w ramach programu:

dofinansowano zakup:

a także w roku, w ramach programu:

dofinansowano zakup:

Okres gwarancji na zakupiony sprzęt (i ewentualnie oprogramowanie) upłynął: ☐ **nie** ☐ **tak**, w roku,

Posiadany sprzęt był naprawiany ☐ **nie** ☐ **tak** w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła w roku: r.

Problemy techniczne związane z użytkowanym ww. sprzętu (istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

.....

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nr rach. bankowego

nazwa banku:

** - *niepotrzebne skreślić*

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania	☐ - tak ☐ - nie
7	posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania w przypadku zadań nr 1, 4 i 5 oraz 30% ceny brutto w przypadku zadania nr 3)	☐ - tak ☐ - nie
8	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
9	w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
10	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,	☐ - tak ☐ - nie
11	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,	☐ - tak ☐ - nie
12	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT; dotyczy zadań nr 1, 3 i 4	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r. miejscowość	 podpis Wnioskodawcy
------------------------------------	------------------------------

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8 - 10)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, bądź orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2b lub 2c (obowiązkowe w przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo) lub 2d (o ile dotyczy) do wniosku)	☐	☐	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7	oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (np. faktura proforma)	☐	☐	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
9	.....	☐	☐	
10	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie 1

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka: kg.	Dodatkowe wyposażenie wózka:

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		
ŁĄCZNIE		

5. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	☐ tak ☐ nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL zakupiony ze środków:	rok nabycia: r. ☐ nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ tak - w roku ☐ nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ tak - w roku ☐ nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	 kg.
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	 cm.
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	☐ tak ☐ nie
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	☐ tak ☐ nie
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	☐ tak ☐ nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	☐ tak ☐ nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	☐ tak ☐ nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	☐ tak ☐ nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	☐ tak ☐ nie
– występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	☐ tak ☐ nie
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	☐ tak ☐ nie
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	☐ tak ☐ nie

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?): Pełna nazwa placówki: dokładny adres placówki: etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

..... dnia r.
miejsowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim / AS 2019

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8 - 10)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2g do wniosku)			
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7	dwie niezależne oferty cenowe dotyczące przedmiotu dofinansowania (np. faktury proforma)	☐	☐	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
9	.....	☐	☐	
10	.....	☐	☐	

l.p.	Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1	Zakup części zamiennych, jakich:	 zł zł
2	Zakup akumulatora/ów (..... szt.)	 zł
3	Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	 zł zł
4	Koszty naprawy/remontu	 zł
5	Koszty przeglądu technicznego	 zł
6	Koszty konserwacji/renowacji	 zł
		RAZEM zł

Orientacyjna łączna cena brutto (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
..... zł	 zł

Czy Wnioskodawca / podopieczny** uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? ☐ nie ☐ tak - w ramach (np. programu) wr.

Wnioskodawca / podopieczny** użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym
☐ nie ☐ tak (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: ☐ nie ☐ tak, w dniu: r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ nie ☐ tak, w dniu r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowaniem wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON)?
.....

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:
☐ nie ☐ tak, w dniu:

Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny** jest dostępny dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózku inwalidzkim (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem):
☐ tak ☐ nie, jeśli nie, jakie występują bariery:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nr rachunku bankowego:

nazwa banku:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim / AS 2019

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
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,	☐ - tak ☐ - nie
8	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,	☐ - tak ☐ - nie
9	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia .....	.....
..... miejscowość	 podpis Wnioskodawcy

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8 - 10)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		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)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7	oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (np. faktura proforma)	☐	☐	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
9	.....	☐	☐	
10	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar C / Zadanie 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
☐ proteza kończyny górnej ☐ lewej ☐ prawej po amputacji: ☐ w zakresie ręki ☐ przedramienia ☐ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	☐ proteza kończyny dolnej ☐ lewej ☐ prawej po amputacji: ☐ na poziomie podudzia ☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy) ☐ uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): 	

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

l.p.	Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjny koszt brutto (w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
1	Zakup protezy	 zł	 zł
2	koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON	 zł	 zł
	RAZEM	 zł	 zł

5. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ stabilny ☐ niestabilny
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:
☐ nie posiadam protezy ☐ od roku użytkuję protezę (rodzaj/opis techniczny):
Uzyskałem/am wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy? ☐ nie ☐ tak, w roku w ramach a także w roku w ramach
W ramach realizacji zadania (zakup protezy), oprócz wsparcia PFRON staram się/będę się starał/a o pozyskanie z innych źródeł środków finansowych (np. zbiorów publicznych, dotacji, dofinansowania itp.) na pokrycie udziału własnego w zakupie ☐ nie ☐ tak jeśli tak, proszę podać źródła finansowania (w tym potencjalne):

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	☐ - tak ☐ - nie
7	na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ - tak ☐ - nie
8	posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto)	☐ - tak ☐ - nie
9	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
10	w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
11	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ - tak ☐ - nie
12	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,	☐ - tak ☐ - nie
13	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,	☐ - tak ☐ - nie
14	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.	☐ - tak ☐ - nie
15	w sytuacji starania się o dodatkowe środki finansowe (tj. inne niż PFRON) na zakup wnioskowanej protezy, zobowiązuje się do informowania stosownych organów/organizacji/fundacji itp. oraz podaniu do publicznej wiadomości w ramach prowadzonej zbiórki publicznej (o ile dotyczy), że ubiegam się o wsparcie PFRON w ramach niniejszego wniosku a w przypadku jego pozytywnego rozpatrzenia – o wysokości przyznanego dofinansowania, ze wskazaniem źródła finansowania	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r.
.....
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6 - 8)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dolączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2e do wniosku)	☐	☐	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotyczące zakupu protezy (sporządzone przez niezależne protezownie wg wzoru nr 9 – C3_0 - załącznik nr 6 do wniosku) UWAGA: dokumenty te należy sporządzić, korzystając WYŁĄCZNIE z aktywnego formularza (plik stworzony w programie MS Office Word), dostępnego na stronach: www.pcpr.nowodworski.pl i www.pfron.org.pl			
	a propozycja (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotycząca zakupu protezy	☐	☐	
	b propozycja (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotycząca zakupu protezy	☐	☐	
6	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
7	.....	☐	☐	
8	.....	☐	☐	

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	☐ - tak ☐ - nie
7	na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ - tak ☐ - nie
8	posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto)	☐ - tak ☐ - nie
9	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
10	w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
11	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ - tak ☐ - nie
12	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,	☐ - tak ☐ - nie
13	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,	☐ - tak ☐ - nie
14	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanej pomocy finansowej, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT	☐ - tak ☐ - nie
15	w sytuacji starania się o dodatkowe środki finansowe (tj. inne niż PFRON) na utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, zobowiązuje się do informowania stosownych organów/organizacji/ fundacji itp. oraz podaniu do publicznej wiadomości w ramach prowadzonej zbiórki publicznej (o ile dotyczy), że ubiegam się o wsparcie PFRON w ramach niniejszego wniosku a w przypadku jego pozytywnego rozpatrzenia – o wysokości przyznanej pomocy finansowej, ze wskazaniem źródła finansowania	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r.
.....
miejscowość

.....
.....
podpis Wnioskodawcy

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6 - 8)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2e do wniosku)	☐	☐	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotyczące kosztów utrzymania w sprawności protezy (sporządzone przez niezależne protezownie wg wzoru nr 10 – C4_0 – załącznik nr 7 do wniosku) UWAGA: dokumenty te należy sporządzić, korzystając WYŁĄCZNIE z aktywnego formularza (plik stworzony w programie MS Office Word), dostępnego na stronach: www.pcpr.nowodworski.pl i www.pfron.org.pl			
	a propozycja (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotycząca zakupu protezy	☐	☐	
	b propozycja (oferty) specyfikacji i kosztorysu dotycząca zakupu protezy	☐	☐	
6	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
7	.....	☐	☐	
8	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar C / Zadanie 5

I.p.	Wnioskowane do dofinansowania koszty zakupu	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1	Zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	 zł
2	Zakup oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego*	 zł
3	w tym:	 zł
4	.....	..... zł
5	.....	..... zł
RAZEM		 zł

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna łączna cena brutto (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
..... zł	 zł

5. Informacje uzupełniające

Wnioskodawca/podopieczny** posiada wózek inwalidzki ręczny ☐ nie ☐ tak

(jeśli tak, proszę uzupełnić informacje poniżej):

a) Wózek ten został zakupiony w roku.

b) Koszt jego zakupu był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON ☐ tak ☐ nie

Wnioskodawca/podopieczny** posiada wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym ☐ nie ☐ tak

(jeśli tak, proszę uzupełnić informacje poniżej):

c) Wózek ten został zakupiony w roku.

d) Jest to wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter ☐ tak ☐ nie

e) Koszt jego zakupu był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON ☐ tak ☐ nie

Dodatkowe informacje służące uzasadnieniu dofinansowania wnioskowanego sprzętu, w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz warunków miejsca zamieszkania wnioskodawcy/podopiecznego**:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

** - niepotrzebne skreślić

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w koszcie zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 35% ceny brutto)	☐ - tak ☐ - nie
7	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
8	w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
9	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,	☐ - tak ☐ - nie
10	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,	☐ - tak ☐ - nie
11	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r.

miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8 - 10)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		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)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	☐	☐	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i zawierające zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2f do wniosku)</i>	☐	☐	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7	oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (np. faktura proforma)	☐	☐	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
9	.....	☐	☐	
10	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar D

Imię, nazwisko i nr PESEL dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	wnioskowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesiące	(od-do)	miesięczny	razem we wnioskowanym okresie dofinansowania
.....				 zł	 zł
.....				 zł	 zł
.....				 zł	 zł
.....				 zł	 zł
.....				 zł	 zł
				RAZEM	 zł

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjny koszt brutto (w zł) (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
..... zł	 zł

5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
numer rachunku bankowego:	
nazwa banku:	

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
..... 	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
..... 	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	☐ - tak ☐ - nie
..... 	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie
☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa ☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jaki? np. I stopnia): ☐ - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej	☐ - tak ☐ - nie
7	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
8	w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
9	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,	☐ - tak ☐ - nie
10	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,	☐ - tak ☐ - nie
11	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6 - 8)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	☐	☐	
5	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	☐	☐	
6	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
7	.....	☐	☐	
8	.....	☐	☐	

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Informacje o szkole / uczelni w której kształci się Wnioskodawca i m.in. aktualnym etapie nauki

Pełna nazwa szkoły/uczelni:

.....			
miejsowość	ulica	nr posesji	kod pocztowy
.....			
powiat	województwo	nr telefonu	adres http://www
.....			
wydział		kierunek	
.....			
rok nauki (np. I, II, III)	semestr nauki (np. I, II, ...VII)	adres wydziału (o ile dotyczy)	
.....			
okres trwania nauki w szkole/uczelni:		Data rozpoczęcia nauki/studiów na kierunku:	.....
..... semestrów		(chodzi o 1 semestr/półrocze nauki)	
nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym ☐ nie dotyczy			

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia doktoranckie	☐ nauka w kolegium nauczycielskim
☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia podyplomowe	☐ nauka na uczelni zagranicznej
☐ studia drugiego stopnia	☐ nauka w szkole policealnej	☐ nauka w kolegium pracowników służb społecznych
☐ nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

W związku z pobieraniem nauki/studiowaniem w wymienionej powyżej szkole/uczelni na w/w kierunku oświadczam, że:

1. pobieram naukę za pośrednictwem Internetu	☐ nie ☐ tak
2. pobieram naukę równocześnie w ramach kilku form kształcenia / Jeśli „tak”, stronę nr 4 wniosku należy wypełnić dla każdej szkoły i kierunku nauki oddzielnie /	☐ nie ☐ tak
3. pobieram naukę równocześnie na kilku kierunkach danej formy kształcenia / Jeśli „tak”, stronę nr 4 wniosku należy wypełnić dla każdego kierunku nauki oddzielnie /	☐ nie ☐ tak
4. zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnę ponownie rozpoczynam naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON	☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy
5. z powodu niezadowolających wyników w nauce powtarzam semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON?	☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy
6. w ramach powyższej formy kształcenia na poziomie wyższym otrzymałem/am wcześniej dofinansowanie ze środków PFRON do <u>powtarzania</u> semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego	☐ nie ☐ tak
/ Jeśli „tak”, należy opisać poniżej przyczynę/przyczyny kolejnego powtarzania semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego /	
.....	
.....	
.....	

UWAGA: przez określenie formy edukacji na poziomie wyższym rozumie się studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr/półrocze**)

I.p.	Rodzaje kosztów nauki	Koszt brutto	Wsparcie ze źródeł innych niż PFRON***	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
1	Oплата za naukę (czesne) na kierunku:	 zł	 zł	 zł
2	Oплата za naukę (czesne) na kierunku:	 zł	 zł	 zł
3	Oплата za naukę (czesne) na kierunku:	 zł	 zł	 zł
4	Oплата za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich	 zł	 zł	 zł
5	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia	 zł	 zł	 zł
	RAZEM (suma wierszy 1 - 5)	 zł	 zł	 zł

Wnioskuję o zwiększenie kwoty dofinansowania kosztów оплаты za naukę (czesne) / zwiększenia kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie оплаты za przeprowadzenie przewodu doktorskiego zgodnie z ust. 11 dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku”, stanowiącego załącznik do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r.

☐ nie ☐ tak

**** UWAGA!** W powiecie nowodworskim należy składać odrębne wnioski za każdy semestr/półrocze nauki. Tym samym na podstawie jednego wniosku nie jest możliwe ubieganie się o dofinansowanie kosztów nauki dotyczących całego roku akademickiego/szkolnego obejmującego co najmniej dwa semestry/półroczna na jednym kierunku nauki.

******* tj. dofinansowania, stypendia, itp. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

5. Informacje uzupełniające

Wnioskodawca korzystał przed dniem złożenia niniejszego wniosku z pomocy finansowej PFRON w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym (w ramach programów: „STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”, „STUDENT II - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”, pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)?	☐ nie ☐ tak
jeśli tak, należy podać ile (<u>łącznie</u> w ramach wszystkich wyżej wymienionych programów) <u>semestrów/półroczy</u> nauki zostało dofinansowanych ze środków PFRON:	.....
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier/trudności w poruszaniu się:	☐ nie ☐ tak
jeśli tak, należy opisać wspomniane bariery/trudności oraz przybliżyć wysokość ponoszonych kosztów:	
Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier/trudności w komunikowaniu się (np. dotyczące korzystania z usług tłumacza języka migowego, tłumacza-przewodnika, asystenta osoby niepełnosprawnej):	☐ nie ☐ tak
jeśli tak, należy opisać wspomniane bariery/trudności oraz przybliżyć wysokość ponoszonych kosztów:	
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku <i>(Możliwe jest uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania. Dopuszcza się także podanie rachunku wspólnego, bądź rachunku innej osoby, co do którego Wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwo do korzystania)</i>	
nr rachunku:	
nazwa banku: Podany rachunek:	
☐ należy do Wnioskodawcy ☐ współzależny do Wnioskodawcy ☐ nie należy do Wnioskodawcy	

**6. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z
możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 pkt 4 tekstu programu):**

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	☐ - tak ☐ - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	☐ - tak ☐ - nie
4	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,	☐ - tak ☐ - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
6	w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	☐ - tak ☐ - nie
7	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,	☐ - tak ☐ - nie
8	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,	☐ - tak ☐ - nie
9	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT	☐ - tak ☐ - nie
10	posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego w zakresie <u>kosztów czesnego</u> w wysokości:	
	a) 15% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku)	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
	b) 65% wartości czesnego – w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków)	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
11	pobieram naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów) i wnioskuję o zwiększenie dofinansowania opłaty za naukę (czesne) o równoważność połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki. Jednocześnie oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego w zakresie wspomnianych kosztów czesnego w wysokości pozostałej połowy kosztów czesnego oraz kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy całkowitym kosztem czesnego a kwotą 1.500,00 zł	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
12	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy

13	jestem posiadaczem(ka) aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny	☐ - tak ☐ - nie
14	jestem osobą poszkodowaną w 2018 i/lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w rozumieniu ust. 31 pkt 24 dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku”, stanowiącego załącznik do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r.	☐ - tak ☐ - nie

..... dnia r. miejscowość	 podpis Wnioskodawcy
---	----------------------------------

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7 - 9)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dolączone do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru - załącznik nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego zawierający m.in. informację o wysokości opłaty za jego przeprowadzenie <i>Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku, nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole; w przypadku dokumentów wystawionych w języku innym niż język polski należy stosować się do zapisów rozdziału II, ust. 7 dok. pn. „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”</i>	☐	☐	
5	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	☐	☐	
6	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawione przez pracodawcę zaświadczenie (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku) <i>Uwaga! Wnioskodawca zatrudniony u więcej niż jednego pracodawcy przedstawia odrębny dokument dla każdego pracodawcy.</i>	☐	☐	
7	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
8	.....	☐	☐	
9	.....	☐	☐	

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU

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

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

oświadczam, że:

1. razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

I.p.	Członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą, <u>nie podając imion i nazwisk</u>	Średni <u>miesięczny</u> dochód obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek
1	Wnioskodawca	 zł
2		 zł
3		 zł
4		 zł
5		 zł
6		 zł
7		 zł
RAZEM (suma wierszy 1 - 7)		 zł

2. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

..... zł (słownie:)

UWAGA: w treści powyższego oświadczenia należy wpisać kwotę, którą wyliczono poprzez podzielenie sumy dochodów rodziny (tabela powyżej; wiersz „RAZEM...”) przez liczbę osób w gospodarstwie domowym.

..... dnia r. miejscowość	 podpis Wnioskodawcy
------------------------------------	------------------------------

UWAGA: 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.

przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy - należy przez to 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: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

- a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub
- b) **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów 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;***

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, należy korzystać z zapisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.) Do dochodu nie wlicza się m.in. **zasiłku rodzinnego oraz dodatku do zasiłku rodzinnego, jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka, świadczenia wychowawczego (500+), świadczenia opiekuńczego: zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne**

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

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 3a i/lub 3b do formularza wniosku).

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną ruchowo¹ ☐ tak ☐ nie
w niżej wskazanym zakresie (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐ oraz **potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Jednej kończyny górnej	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Jednej kończyny dolnej	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Obydwu kończyn górnych	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Obydwu kończyn dolnych	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Innym, tj.:				 pieczęć, nr i podpis lekarza

Dodatkowe informacje dotyczące ruchowej niepełnosprawności pacjenta:

a) pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ nie ☐ tak
/ jeśli tak, należy zaznaczyć właściwą odpowiedź poniżej- lit. b /

b) pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ samodzielnie ☐ niesamodzielnie

c) dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy) pacjenta jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, takich jak:

..... ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
(należy podać schorzenia będące podstawą wydania orzeczenia np. 10-N, 12-C)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

¹ **dysfunkcji narządu ruchu** – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (także orzeczenia o niepełnosprawności), w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), wnioski mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną, w niżej wskazanym zakresie
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	osoba niepełnosprawna komunikująca się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi, a dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, zgodnie z oświadczeniem/ zapotrzebowaniem wnioskodawcy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego;	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	osoba niepełnosprawna z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (db)	 pieczęć, nr i podpis lekarza

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:				 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	dysfunkcja charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe), tj.:				 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:				 pieczęć, nr i podpis lekarza

Dodatkowe informacje dotyczące ruchowej niepełnosprawności pacjenta:

.....
.....
Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

Pacjent (dziecko w wieku do 16 roku życia) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

nie ☐ tak ☐ nie dotyczy ☐

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza okulisty

Pacjent (osoba w wieku od lat 16) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

nie ☐ tak ☐ nie dotyczy ☐

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza okulisty

Pacjent (osoba pełnoletnia) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

nie ☐ tak ☐ nie dotyczy ☐

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza okulisty

Dodatkowe informacje dotyczące dysfunkcji narządu wzroku pacjenta:

a) dysfunkcja dotyczy ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

b) zwężenie pole widzenia: ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do stopni ☐ w oku prawym do stopni

c) obniżona ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym wynosi ☐ w oku prawym wynosi

d) pacjent jest osobą głuchoniewidomą¹ ☐ tak ☐ nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty

¹ **osoba głuchoniewidoma** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim;

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

☐	Amputacja w zakresie ręki	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Amputacja na poziomie podudzia	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	 pieczęć, nr i podpis lekarza	☐	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	 pieczęć, nr i podpis lekarza

Dodatkowe informacje dotyczące ruchowej niepełnosprawności pacjenta:

a) przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, (jaka?):

b) aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

c) ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia
miejscowość

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość / nr kodu pocztowego / ulica / nr domu / nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐ Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	 pieczęć i podpis lekarza	☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	 pieczęć i podpis lekarza
☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	 pieczęć i podpis lekarza	☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	 pieczęć i podpis lekarza
☐ Brak jednej lub obu kończyn górnych	 pieczęć i podpis lekarza	☐ Brak jednej lub obu kończyn dolnych	 pieczęć i podpis lekarza
☐ Dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się ¹		 pieczęć i podpis lekarza	

¹ dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:

- osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
- zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

W związku z rodzajem niepełnosprawności pacjenta (osoby niepełnosprawnej):

- ☐ **NIE ZALECA SIĘ** zaopatrzenia w przedmiot dofinansowania: **skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym² lub oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego³**
- ☐ **ZALECA SIĘ** zaopatrzenie w przedmiot dofinansowania: **skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego** oraz potwierdza się, iż:
- a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
 - b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
 - c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
 - d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
 - e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

.....
pieczęć i podpis lekarza

² **skuter o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć czterokołowy lub trzykołowy skuter/pojazd o napędzie elektrycznym, także składany/kompaktowy, pełniący funkcję wózka inwalidzkiego przeznaczonego dla osoby niepełnosprawnej ruchowo do poruszania się; skuter wyposażony jest m.in. w oddzielną, nastawną kolumnę kierownicy;

³ **oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego (w przypadku Obszaru C Zadanie 5)** – należy przez to rozumieć przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym) możliwe do zamontowania w standardowym wózku inwalidzkim (ręcznym), gwarantujące maksymalne odciążenie przy jeździe, pchaniu lub hamowaniu wózka, także na nierównych nawierzchniach, zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się;

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

zamieszkały(a)
(miejscowość / nr kodu pocztowego / ulica / nr domu / nr mieszkania)

nr 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. ¹		Tak ☐ Nie ☐
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
☐	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	 pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcji obu rąk	
☐	Dysfunkcji obu nóg	
☐	Inna dysfunkcja:	

¹ dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim; oceniając zasadność dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym należy brać pod uwagę, czy:

- a) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- b) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- c) istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja),
- d) zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej;

W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola ☐ przy każdym stwierdzeniu)		
Tak ☐ Nie ☐	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 ☐ Nie ☐	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak ☐ Nie ☐	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 ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:
(proszę zakreślić właściwe pola ☐)

☐	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
☐	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
☐	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
☐	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
☐	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
☐	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
☐	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
☐	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
☐	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
☐	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
☐	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 w celu
realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
finansowanego ze środków PFRON

Imię i nazwisko:

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dołączonych do niego załącznikach w celu realizacji wspomnianego programu zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.),

☐ tak ☐ nie)*

2) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz w dołączonych do niego załącznikach oraz udostępnianych PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych ww. programu, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).

☐ tak ☐ nie)*

2. podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą,
3. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* - zakreślić właściwe „X”

Klauzula informacyjna stosowana po rozpoczęciu stosowania RODO – w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie, że:**

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zwani dalej Administratorem oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich danych osobowych,
- 2) mam możliwość kontaktu z inspektorem danych osobowych u Administratora tj. w:
 - a) Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim: e-mail: iod@pcprndm.pl,
 - b) Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, telefon: (22) 505 55 00,
- 3) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykazą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO i ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie ww. czynności,
- 6) posiadam prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych mnie dotyczących,
 - b) sprostowania moich danych osobowych,
 - c) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) moje dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....
(data i podpis osoby zapoznanej z klauzulą)

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu
realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
finansowanego ze środków PFRON

Imię i nazwisko:
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego wnioskodawcy, na rzecz którego składany jest wniosek
o dofinansowanie:

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego przez:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dołączonych do niego załącznikach w celu realizacji wspomnianego programu zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.),

☐ tak ☐ nie)*

2) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz w dołączonych do niego załącznikach oraz udostępnianych PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych ww. programu, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).

☐ tak ☐ nie)*

2. podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą,
3. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* - zakreślić właściwe „X”

Klauzula informacyjna stosowana po rozpoczęciu stosowania RODO – w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie, że:**

- 1) administratorem danych osobowych mojego podopiecznego jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zwani dalej Administratorem oraz że Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych,
- 2) mam możliwość kontaktu z inspektorem danych osobowych u Administratora tj. w:
 - a) Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim: e-mail: iod@pcprndm.pl,
 - b) Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, telefon: (22) 505 55 00,
- 3) dane osobowe mojego podopiecznego przetwarzane będą w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania danych osobowych mojego podopiecznego przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO i ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie ww. czynności,
- 6) posiadam prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych mojego podopiecznego,
 - b) sprostowania danych osobowych mojego podopiecznego,
 - c) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną ich przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) dane osobowe mojego podopiecznego nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) dane osobowe mojego podopiecznego będą przechowywane przez okres 25 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....
(data i podpis osoby zapoznanej z klauzulą)

....., dnia

.....
miejscowość

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb Realizatora pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, finansowanego ze środków PFRON

rok nauki (np. I, II, ... V): semestr nauki (np. I, II, ... VII):

str. 1

- 3) okres zaliczeniowy w szkole/uczelni to: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)
- 4) nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym
- 5) nauka w ramach ww. formy kształcenia jest odpłatna: ☐ nie ☐ tak
- a) wysokość kwoty czesnego za jeden semestr/półrocze**
(w odniesieniu do ww. studenta) wynosi: zł
- b) wysokość opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego za jeden semestr/półrocze**
(w odniesieniu do ww.) wynosi: zł
- 6) Czesne ww. studenta w bieżącym semestrze/półroczu jest dofinansowane: ☐ nie ☐ tak
(jeśli „tak”, należy wskazać z jakich środków i w jakiej wysokości)**:
- a) ze środków w wysokości: zł
- b) ze środków w wysokości: zł
- 7) w przypadku ww. zastosowano **spowolnienie toku studiów**²: ☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy
jeśli „tak”, czy decyzja o spowolnieniu toku studiów jest decyzją o powtarzaniu roku? ☐ nie ☐ tak
- 8) ww. pobiera naukę w ramach **studiów w przyspieszonym trybie**³: ☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy

3. Organizacja roku akademickiego (szkolnego) 20...../20..... w jednym semestrze /półroczu:

Data rozpoczęcia semestru (dzień/miesiąc/rok):	Data zakończenia semestru (dzień/miesiąc/rok):
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień/miesiąc/rok):	Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień/miesiąc/rok):

.....
pieczęć i podpis pracownika jednostki organizacyjnej
szkoły/uczelni

*-niepotrzebne skreślić

** - jeżeli nie dotyczy, należy napisać „nie dotyczy”

² **spowolnienie toku studiów** – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów/nauki lub indywidualny tok studiów/nauki, przyjęty na podstawie decyzji uczelni/szkoły, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego/szkolnego). O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów/nauki nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych;

³ **studia w przyspieszonym trybie** – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów;

.....
pieczęć pracodawcy

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę dla potrzeb realizatora finansowanego ze środków PFRON
pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Zaświadcza się, że Pan/Pani

nr PESEL zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

..... jest zatrudniony/a

W
(pełna nazwa pracodawcy)

z siedzibą
(pełny adres siedziby pracodawcy)

na podstawie (należy wskazać formę zatrudnienia):

(okres zatrudnienia: od do)

Ponadto zaświadcza się, że w związku z podjętą/kontynuowaną przez ww. nauką w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub otwartym poza studiami doktoranckimi przewodem doktorskim,

zatrudniony/a otrzymuje od pracodawcy dofinansowanie kosztów nauki: ☐ nie ☐ tak

(jeśli tak, należy wskazać poniżej objętą dofinansowaniem formę kształcenia i wysokość wsparcia)

.....
(nazwa szkoły/uczelni)

kierunek kształcenia

rok szkolny/akademicki: / semestr/półrocze:

wysokość dofinansowania przyznanego przez pracodawcę: zł

(słownie:)

.....
pieczęć i podpis pracodawcy/osoby uprawnionej
do reprezentowania pracodawcy

**Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla
Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”**

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem
e-mail Oddziału PFRON:, a także na: www.pfron.org.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Ewentualne nieprawidłowości kikuta:

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych
fabrycznie**

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)						

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych
indywidualnie dla wnioskodawcy**

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)				

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)	
---	--

.....
data

.....
pieczęć i podpis wystawcy dokumentu

UWAGA: Po wypełnieniu druku w wersji elektronicznej, należy go wydrukować, po czym dokument ten należy opatrzyć **datą, pieczęcią i podpisem wystawcy**.

Wzór nr 10- C4_O

Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem
e’mail Oddziału PFRON:, a także na: www.pfron.org.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Opis problemu:

Co trzeba zrobić:

Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)						

Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla Wnioskodawcy/prac naprawczych

L. p	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)				

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)	
---	--

.....
data

.....
pieczęć i podpis wystawcy dokumentu

UWAGA: Po wypełnieniu druku w wersji elektronicznej, należy go wydrukować, po czym dokument ten należy opatrzyć datą, pieczęcią i podpisem wystawcy.

KARTA WERYFIKACJI FORMALNEJ

wniosku o dofinansowanie nr PCPR.ZN.4141.2.1. 2019

Deklaracja bezstronności Oświadczam, że:	
1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.	
Zobowiązuję się do: - ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, - zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.	
pieczęć i podpis pracownika PCPR przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	pieczęć i podpis pracownika PCPR przeprowadzającego ponowną weryfikację formalną wniosku

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca / podopieczny wnioskodawcy spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	
8	Potwierdzono zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku: r.		Wniosek kompletny w dniu przyjęcia ☐ - tak ☐ - nie	
Weryfikacja formalna wniosku zakończona wynikiem: ☐ POZYTYWNYM ☐ NEGATYWNYM			
..... pieczęć i podpis pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku		 pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora programu	

PONOWNA WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU (o ile dotyczy)	
Data weryfikacji formalnej wniosku: r.	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: ☐ - tak ☐ - nie
Ponowna weryfikacja formalna wniosku zakończona wynikiem: ☐ POZYTYWNYM ☐ NEGATYWNYM	
..... pieczęć i podpis pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	 pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora programu

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

wniosku o dofinansowanie nr PCPR.ZN.4141.2.1. 2019

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika PCPR dokonującego oceny merytorycznej wniosku (punktacja nr 1)	Data, pieczęć i podpis pracownika PCPR dokonującego oceny merytorycznej wniosku (punktacja nr 2)

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Maks. liczba punktów	Maks. liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
/ punkty przydzielane są na podstawie danych dotyczących osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek tj. wnioskodawcy (w przypadku wniosku „P”) lub podopiecznego wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) /					
1	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:				
a)	stopień niepełnosprawności	znaczący (I grupa inwalidzka) lub orzeczenie o niepełnosprawności	10	30	
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		8		
c)	osoby z brakiem co najmniej jednej kończyny		5		
d)	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące		6		
e)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim I/lub osoby głuchoniewidome		10		
f)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2		
2	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba aktywna zawodowo (zgodnie z przyjętą definicją PFRON)		10	40	
b)	osoba zatrudniona (zgodnie z przyjętą definicją PFRON)		40		
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoby studiujące (np. studia I lub II stopnia, jednolite magisterskie, podyplomowe)		5	5	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole podstawowej, gimnazjum, szkole zawodowej, technikum, liceum, szkole policealnej, kolegium		3		
4	Miejsce zamieszkania:				
a)	wieś/miasto do 5 tys. Mieszkańców		3	5	
b)	w budynku, w którym mieszka osoba niepełnosprawna nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) dotyczy wyłącznie Obszaru C zadanie 2		2		
5	Inne kryteria:				
a)	Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu; w tym, jeśli dotyczy uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego (pkt 6.1 wniosku)		2	20	
b)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (pkt 6.2 wniosku)		2		
c)	Aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wyłącznie wniosku „P”) jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych 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) (pkt 6.3 wniosku)		2		
d)	Szczególne utrudnienia (pkt 6.5 wniosku) / w przypadku informacji nieudokumentowanej można przyznać maksymalnie 2 punkty /		4		
e)	Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)		maksymalnie 100			
Minimalna liczba punktów umożliwiająca bieżącą realizację wniosku: 45		Liczba uzyskanych punktów (średnia punktacji nr 1 i nr 2):		.....	

DECYZJA W SPRAWIE O DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

wniosku nr PCPR.ZN.4141.2.1. 2019

☐ POZYTYWNA

☐ NEGATYWNA

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)	Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora programu, podejmującej decyzję w sprawie dofinansowania	Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora programu, podpisującej umowę dofinansowania

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1: zł	☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2: zł, w tym:
☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3: zł, w tym:	- do kosztów kursu i egzaminów kategorii B: zł
- do kosztów kursu i egzaminów kategorii B: zł	- do kosztów kursu i egzaminów pozostałych kategorii: zł
- do kosztów kursu i egzaminów pozostałych kategorii: zł	- do pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy: zł
- do pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy: zł	- do kosztów usług tłumacza migowego: zł
- do kosztów usług tłumacza migowego: zł	☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4: zł
☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1: zł	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2: zł
☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3: zł	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4: zł
☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5: zł	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1: zł, w tym:
☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2: zł	- do kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON zł
	- do kosztów zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: zł
☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3: zł, w tym:	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4: zł, w tym:
- do kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON zł	- do kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON zł
- do kosztów zakupu protezy na III lub IV poziomie jakości: zł	- do kosztów utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: zł
☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5: zł	☐ Moduł I Obszar D: zł

☐ Moduł II: zł, w tym: - dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: zł - do kosztów opłaty za naukę (czesne): zł, co stanowi % całkowitych kosztów czesnego - dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: zł	
Uzasadnienie, w przypadku decyzji odmownej: 	 data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora programu, podejmującej decyzję w sprawie dofinansowania