

**UCHWAŁA NR 204/2012**  
**ZARZĄDU POWIATU RAWSKIEGO**

z dnia 19 października 2012 r.

**w sprawie ustalenia „Zasad weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu Aktywny samorząd oraz podejmowania decyzji o przyznaniu ww. dofinansowania”, obowiązujących w trakcie realizacji programu w 2012 r.**

Na podstawie art. 32 ust. 1, pkt 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.) oraz § 5 ust. 1 pkt 4 porozumienia nr O-05/14/AS/2012 z dnia 19 czerwca 2012 r. w sprawie skoordynowania działań realizowanych w ramach pilotażowego programu *Aktywny samorząd*, zatwierdzonego uchwałą nr 3/2012 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 28 marca 2012 roku, uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Ustala się „Zasady weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków o dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu *Aktywny samorząd* oraz podejmowania decyzji o przyznaniu ww. dofinansowania, obowiązujące w trakcie realizacji programu w 2012 r., stanowiące **załącznik nr 1** do niniejszej uchwały.

**§ 2. 1.** Określa się i wprowadza do stosowania w 2012 r. następujące formularze wniosków o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu *Aktywny samorząd* :

- 1) wniosek „**P**” - dla wnioskodawców będących dorosłymi (pełnoletnimi) osobami niepełnosprawnymi, z zastrzeżeniem postanowień pkt 2, stanowiący **załącznik nr 2** do niniejszej uchwały;
- 2) wniosek „**O**” – dla wnioskodawców występujących w imieniu podopiecznych, tj. niepełnoletnich osób niepełnosprawnych (dzieci i młodzież do lat 18 lub pełnoletnich osób niepełnosprawnych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, stanowiący **załącznik nr 3** do niniejszej uchwały .

2. Integralną część wniosków, o których mowa w ust. 1 (wniosek „P” i wniosek „O”) stanowią „wkładki” przedmiotowe do ww. wniosków, zawierające specyfikacje różnych przedmiotów dofinansowania. Formularze „wkładki”, odrębnych dla poszczególnych obszarów dofinansowań, stanowią **załącznik nr 4** do niniejszej uchwały.

„Wkładki należy stosować odpowiednio:”.

- 1) dla obszar A – zawierającą specyfikację przedmiotu dofinansowania w zakresie dofinansowania oprzyrządowania do posiadanego samochodu;
- 2) dla obszarów B1-B3 - zawierającą specyfikację przedmiotu dofinansowania w zakresie dofinansowania zakupu specjalistycznego sprzętu komputerowego i oprogramowania, urządzeń lektorskich lub urządzeń brajlowskich;
- 3) dla obszaru C – zawierającą specyfikację przedmiotu dofinansowania w zakresie dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;
- 4) dla obszaru D – zawierającą specyfikację przedmiotu dofinansowania w zakresie dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;
- 5) dla obszaru F – zawierającą specyfikację przedmiotu dofinansowania w zakresie dofinansowania kosztów opieki dla osoby zależnej.

**§ 3.** Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rawie Mazowieckiej

**§ 4.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący

**Józef Matysiak**

Wicestarosta

**Marian Krzyczkowski**

Członek Zarządu

**Tadeusz Damaz**

Członek Zarządu

**Jarosław Kobierski**

Członek Zarządu

**Marek Sekuter**

**Zasady weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu Aktywny samorząd oraz podejmowania decyzji o przyznaniu ww. dofinansowania, obowiązujących w trakcie realizacji programu w 2012 r.**

I Przyznawanie dofinansowania.

1. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne (w przypadku niepełnoletnich adresatów programu – dzieci i młodzież do lat 18 – wnioskodawcą jest jeden z rodziców sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny, w przypadku pełnoletnich osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, wnioskodawcą jest opiekun prawny) w następujących obszarach:

**obszar A** – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu;

**obszar B1** – pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem;

**obszar B2** – pomoc w zakupie urządzeń lektorskich;

**obszar B3** – pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich;

**obszar C** – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;

**obszar D** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

**obszar F** – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dofinansowanie opłaty za pobyt dziecka osoby niepełnosprawnej w żłobku lub przedszkolu).

2. O dofinansowanie może ubiegać się osoba niepełnosprawna, która:

**z obszaru A** – jest w wieku aktywności zawodowej, oraz dzieci i młodzież do 18 roku życia, osoba ta posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności, u osoby tej występuje dysfunkcja narządu ruchu,

**z obszaru B1** – jest w wieku aktywności zawodowej, oraz dzieci i młodzież do 18 roku życia, osoba ta posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności, u osoby tej występuje dysfunkcja obu kończyn górnych lub dysfunkcja narządu wzroku,

**z obszaru B2 i B3** – jest w wieku aktywności zawodowej, oraz dzieci i młodzież do 18 roku życia, osoba ta posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności, u osoby tej występuje dysfunkcja narządu wzroku,

**z obszaru C** – jest w wieku aktywności zawodowej, oraz dzieci i młodzież do 18 roku życia, osoba ta posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności, ze względu na stan zdrowia, dysfunkcje narządu ruchu, nie może poruszać się samodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym,

**z obszaru D** – jest w wieku aktywności zawodowej, oraz osoba która przekroczyła wiek aktywności zawodowej, ale jest zatrudniona, a także dzieci i młodzież do 18 roku życia, osoba ta posiada znaczny stopień niepełnosprawności, a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności oraz osoba ta jest użytkownikiem wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,

**z obszaru F** – w wieku aktywności zawodowej, i jest aktywna zawodowo, lub zarejestrowana w Urzędzie Pracy, posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności i ma pod swoją opieką dziecko

3. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania mają:

a) osoby niepełnosprawne, które studiują lub uczą się w szkołach ponadgimnazjalnych,

b) osoby niepełnosprawne aktywne zawodowo.

4. W dalszej kolejności rozpatrywane będą pozostałe wnioski.

5. Przyznania dofinansowania dokonuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w oparciu o pozytywną weryfikację formalną i merytoryczną wniosku.

6. Podstawą przyznania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dofinansowania jest posiadanie środków finansowych, przeznaczonych na ten cel, pozytywna ocena formalna i merytoryczna.

7. Maksymalna wysokość dofinansowania wynosi:

**obszar A** – 5.000 zł, udział własny minimum 15% ceny brutto;

**obszar B1** – 5.000 zł, udział własny minimum 10% ceny brutto;

**obszar B2** – 5.000 zł, udział własny minimum 10% ceny brutto;

**obszar B3** – 12.000 zł, udział własny minimum 5% ceny brutto;

**obszar C** – 7.000 zł, z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania do 14.000 zł w indywidualnych przypadkach, udział własny minimum 10% ceny brutto;

**obszar D** – 3.000 zł,

**obszar F** – 200 zł,

8. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania, wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.

## II. Tryb składania i rozpatrywania wniosków.

1. Rozpatrywane będą wnioski złożone do 1 października 2012 r., w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Rawie Mazowieckiej, ul. Kościuszki 5.

2. Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika, czy wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie.

3. W przypadku braków dokumentacji we wniosku osoba niepełnosprawna informowana jest o konieczności ich uzupełnienia, w ciągu 10 dni od otrzymania pisma z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rawie Mazowieckiej.

4. Rozpatrzenie wniosku pod względem merytorycznym w oparciu o sprawdzenie, czy złożony wniosek jest zasadny na podstawie jego uzasadnienia oraz dokumentów dołączonych do wniosku. Wniosek oceniany jest na podstawie skali punktowej oceny merytorycznej.

5. W przypadku:

- karty oceny merytorycznej dla osoby dorosłej minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi 40 punktów,

- karty oceny merytorycznej dla dziecka/podopiecznego minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi 30 punktów.

W sytuacji, gdy wystarczy środków finansowych na wszystkie złożone wnioski, spełniające warunki udziału w programie, minimum punktowe oceny wniosków zostaje zniesione.

6. Termin rozpatrywania wniosków: **30 dni od dnia złożenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku.**

7. Informacja o przyznaniu dofinansowania bądź jego odmowie przekazywana jest wnioskodawcy w formie pisemnej.

8. Przyznawanie dofinansowania następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Powiatem Rawskim a Wnioskodawcą.

9. Realizacja zadań określonych w umowie nastąpi w okresie do 10 grudnia. W szczególnych sytuacjach przewiduje się możliwość aneksu.

10. Przyznane dofinansowanie będzie przekazane wnioskodawcy wg warunków określonych w umowie.

11. Poza zasadami oceny formalnej wniosków określonymi w niniejszym załączniku, zastosowanie mają także zasady określone w : Pilotażowym programie „Aktywny Samorząd” zatwierdzonym uchwałą nr 3/2012 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 28 marca 2012 roku ; „Kierunkach działań oraz warunkach brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2012 roku” stanowiących załącznik do uchwały nr 69/2012 Zarządu PFRON z dnia 17 maja 2012 roku ; Porozumieniu nr O-05/14/AS/2012 zawartym w dniu 19 czerwca 2012 roku pomiędzy PFRON a Samorządem Powiatu Rawskiego oraz odpowiednio w przepisach określonych w rozporządzeniu MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu , które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 96 , poz.861 z późn.zm.)

### Zasady weryfikacji merytorycznej

Skala punktowa oceny merytorycznej dla wniosków złożonych w ramach programu

„Aktywny samorząd” w 2012 r.

#### I. Wnioski dorosłych osób niepełnosprawnych

1. Stopień niepełnosprawności:

- 1) znaczny (lub inne orzeczenie równoważne) – **15 pkt.**
- 2) umiarkowany (lub inne orzeczenie równoważne) – **5 pkt.**

2. Rodzaj schorzenia:

- 1) osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub osoba niewidoma – **15 pkt.**
- 2) osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub z dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub osoby niedowidzące – **10 pkt.**

3. Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba głuchoniewidoma

- 1) tak – **15 pkt.**
- 2) nie – **0 pkt.**

4. Występowanie niepełnosprawności sprzężonej (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności w orzeczeniu, kilka schorzeń ograniczających samodzielność – inne niż wymienione w pkt. 2):

- 1) tak – **5 pkt.**
- 2) nie – **0 pkt.**

5. Aktywność zawodowa wnioskodawcy:

- 1) osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego – **20 pkt.**
- 2) osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) – **10 pkt.**

6. Posiadane wykształcenie:

- 1) wyższe – **10 pkt.**
- 2) średnie – **5 pkt.**

7. Aktualnie realizowany etap kształcenia:

- 1) osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkołach policealnych oraz na studiach – **15 pkt.**
- 2) osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w innej, niż policealna, szkole ponadgimnazjalnej, prowadzącą do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury – **10 pkt.**

8. Miejsce zamieszkania:

- 1) wieś/ miasto do 5 tys. mieszkańców – **5 pkt.**

dotyczy wyłącznie obszaru C

2) w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) – **10 pkt.**

9. Dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem:

1) nie – **15 pkt.**

2) tak – **0 pkt.**

10. Dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla Wnioskodawcy lub członków jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 5 lat, z wyłączeniem dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego, turnusów rehabilitacyjnych):

1) nie – **5 pkt.**

2) tak – **0 pkt.**

11. Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe

1) tak – **10 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**

12. Zamieszkiwanie wraz z wnioskodawcą innej osoby niepełnosprawnej:

1) tak – 1 osoba – **5 pkt.**

2) tak – więcej niż 1 osoba – **10 pkt.**

3) nie – **0 pkt.**

13. Szczególne utrudnienia wnioskodawcy – wymienione w pkt 3.8 wniosku:

1) tak – **5 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**

14. Uzasadnienie wniosku – w odniesieniu do posiadanych zasobów:

1) uzasadnienie potwierdzające – **5 pkt.**

2) brak uzasadnienia potwierdzającego – **0 pkt.**

15. Dotyczy wyłącznie Obszaru C – Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu *skuter*:

1) tak – (- **20pkt.**)

16. Kompletność złożenia wniosku – w dniu przyjęcia wniosku:

1) tak – **10 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**

## **II. Wnioski niepełnoletnich osób niepełnosprawnych (dzieci i młodzież do lat 18 lub**

### ***pełnoletnich osób niepełnosprawnych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych***

1. Zakres niepełnosprawności podopiecznego:

1) osoba z dysfunkcją czterech kończyn – **30 pkt.**

2) osoba z dysfunkcją obu nóg i co najmniej jednej ręki lub obu rąk i co najmniej jednej nogi – **25 pkt.**

3) osoba z brakiem obu kończyn górnych – **20 pkt.**

4) osoba ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych – **15 pkt.**

5) osoby niewidome – **10 pkt.**

6) osoby niedowidzące – **5 pkt.**

2. Podopieczny jest osobą po 16 r. życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności

1) tak – **10 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**

3. Występowanie niepełnosprawności sprzężonej (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności w orzeczeniu, kilka schorzeń ograniczających samodzielność – inne niż wymienione w pkt. 1 ppkt. 1-6):

1) tak – **5 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**

4. Aktualnie realizowany etap kształcenia:

1) podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej, prowadzącej do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury – **15 pkt.**

2) podopieczny pobiera naukę w gimnazjum – **10 pkt.**

3) podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej – **5 pkt.**

4) podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż w pkt. 4.1 -**20 pkt.**

5. Miejsce zamieszkania:

1) wieś/ miasto do 5 tys. mieszkańców – **5 pkt.**

dotyczy wyłącznie obszaru C

1) w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) – **5 pkt.**

6. Dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem (dotyczy Wnioskodawcy i jego podopiecznego):

1) nie – **15 pkt.**

2) tak – **0 pkt.**

7. Dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla Wnioskodawcy, jego podopiecznego lub członków gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 5 lat, z wyłączeniem dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego, turnusów rehabilitacyjnych):

1) nie – **5 pkt.**

2) tak – **0 pkt.**

8. Aktywność zawodowa podopiecznego:

1) tak – **5 pkt.**

2) uczęszczanie do żłobka, przedszkola, szkoły i innych form kształcenia – **5 pkt.**

3) nie – **0 pkt.**

9. Struktura gospodarstwa domowego:

1) Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu – **5 pkt.**

2) Wnioskodawca prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z innymi osobami – **0 pkt.**

10. Zamieszkiwanie wraz z wnioskodawcą innej osoby niepełnosprawnej:

1) tak – 1 osoba – **5 pkt.**

2) tak – więcej niż 1 osoba – **10 pkt.**

3) nie – **0 pkt.**

11. Szczególne utrudnienia wnioskodawcy – wymienione w pkt. 3.6 wniosku:

1) tak – **5 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**

12. Uzasadnienie wniosku – w odniesieniu do posiadanych zasobów- pkt. 3.1 wniosku:

1) uzasadnienie potwierdzające – **5 pkt.**

2) brak uzasadnienia potwierdzającego – **0 pkt.**

13. Dotyczy wyłącznie Obszaru C – Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu *skuter*:

1) tak – ( - **20pkt.** )

14. Kompletność złożenia wniosku – w dniu przyjęcia wniosku:

1) tak – **10 pkt.**

2) nie – **0 pkt.**



Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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

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 )

<b>Obszar A</b>	<b>Obszar B1</b>	<b>Obszar B2</b>
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
<b>Obszar B3</b>	<b>Obszar B4</b>	<b>Obszar C</b>
pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<b>Obszar D</b>	<b>Obszar E</b>	<b>Obszar F</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola****DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zameżna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz .....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		znaczny stopień	I grupa inwalidzka	
całkowita niezdolność do pracy		umiarkowany stopień	II grupa inwalidzka	
częściowa niezdolność do pracy		lekki stopień	III grupa inwalidzka	
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:      okresowo do dnia: .....      bezterminowo				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie: <b>obu</b> kończyn górnych <b>jednej</b> kończyny górnej				
<b>obu</b> kończyn dolnych <b>jednej</b> kończyny dolnej      innym				
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
<b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>		<b>Lewe oko:</b>		<b>Prawe oko:</b>
osoba niewidoma		Ostrość wzoru (w korekcji):.....		Ostrość wzoru (w korekcji):.....
osoba głuchoniewidoma		Zwężenie pola widzenia: ..... stopni		Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	11- <b>I</b> inne
02- <b>P</b> choroby psychiczne	06- <b>E</b> epilepsja	08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	10- <b>N</b> choroby neurologiczne	12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
niezatrudniona/y: od dnia:.....      bezrobotna/y      poszukująca/y pracy      nie dotyczy				
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....		Nazwa pracodawcy: .....		
na czas nieokreślony      inny, jaki: .....		.....		
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		Adres miejsca pracy: .....		
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		.....		
umowa cywilnoprawna		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....		
staż zawodowy		.....		
działalność gospodarcza		na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....		
Nr NIP: .....		inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności: .....		



Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

### 3. 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** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie 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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) <b>Uzasadnienie wniosku</b> (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) - nie dot. obszaru: B4, E, F Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb.	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2) <b>Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w <b>posiadanym orzeczeniu</b> dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie .....
3) <b>Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania</b> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) <b>Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) <b>Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
6) <b>Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) <b>Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?</b> (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)	Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8) <b>Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b> np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.  Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....

**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.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../...../ 20.... r.

<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>	<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis: \_\_\_\_\_

*pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: \_\_\_\_\_

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20.... r. (o ile dotyczy)**

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>				
a)	stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	15	<b>50</b>	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		15		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące		10		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		15		
d)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5		
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>				
a)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, deklarujące <b>wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji</b> na poziomie wyższym od obecnie posiadanego		20	<b>20</b>	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
<b>3</b>	<b>Posiadane wykształcenie:</b>				
a)	Wyższe		10	<b>10</b>	
b)	Średnie		5		
<b>4</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkołach policealnych oraz na studiach		15	<b>15</b>	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w innej, niż policealna, szkole ponadgimnazjalnej, prowadząca do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury		10		
<b>5</b>	<b>Miejsce zamieszkania:</b>				
a)	Wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	<b>15</b>	
b)	dotyczy wyłącznie obszaru C – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		10		
<b>6</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		15	<b>50</b>	
b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 5 lat <b>nie uzyskali żadnej pomocy</b> ze środków PFRON (pkt 2 wniosku)		5		
c)	Wnioskodawca prowadzi <b>samodzielne gospodarstwo domowe</b>		10		
d)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5		
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10		
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.8 wniosku)		5		
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów (pkt 3.1 wniosku)		5		
g)	dotyczy wyłącznie obszaru C - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <b>skuter</b>		- 20		
h)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia		10		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6)</b>			<b>maksymalnie 160</b>		
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b>					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../ ...../ 20..... r. (o ile dotyczy)

## OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń	
	.....	.....	.....	pozytywna:
			data i czytelny podpis eksperta	

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

pozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....

**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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

Obszar A	Obszar B1	Obszar B2
Obszar B3	Obszar B4	Obszar C
Obszar D	Obszar E	Obszar F

**w przypadku wniosku w ramach OBSZARU E**

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	..... zł

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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

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 )

Obszar A	Obszar B1	Obszar B2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
Obszar B3	Obszar B4	Obszar C
pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
Obszar D		
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym		

**1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym** (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

rodzic dziecka      opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....

PESEL

Płeć:      kobieta      mężczyzna

Wnioskodawca jest osobą:

Stan cywilny:      wolna/y      zamężna/żonaty

samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem



<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>		<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)	
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)	
Miejscowość .....		Miejscowość .....	
ulica .....		ulica .....	
Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....		Nr domu ..... Nr lok. ....	
Województwo .....		Województwo .....	
miasto do 5 tys. mieszkańców      inne miasto      wieś			
Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....			
e'mail (o ile dotyczy): .....			
<b>Adres korespondencyjny:</b> (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)			
.....			
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu		- firma handlowa    - media    - PFRON    - inne, jakie:	

STRONA 2

<b>DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”</b>		
<b>DANE PERSONALNE</b>		<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię .....		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)
Nazwisko .....		Miejscowość .....
Data urodzenia:..... r.		Ulica .....
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nr domu ..... Nr lok. ....
Pełnoletni:      tak                      nie		Powiat .....
Płeć:              kobieta                      mężczyzna		Województwo .....
		miasto do 5 tys. mieszkańców      inne miasto      wieś
<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>		
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		
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>		
<b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:	obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej
obu kończyn dolnych	jednej kończyny dolnej	innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

<b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>		<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	
osoba niewidoma				
osoba głuchoniema				
<b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	11- <b>I</b> inne
02- <b>P</b> choroby psychiczne	06- <b>E</b> epilepsja	08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	10- <b>N</b> choroby neurologiczne	12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz .....

STRONA 3

<b>OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI</b>		
ŻŁOBEK	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA PODSTAWOWA
GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka .....		nie dotyczy
<b>NAZWA I ADRES PLACÓWKI</b>		
Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		
ośrodek szkolno-wychowawczy: <b>tak</b> <b>nie</b>		internat: <b>tak</b> <b>nie</b>
Nauka prowadzi do: <input type="checkbox"/> zdania matury <input type="checkbox"/> uzyskania średniego wykształcenia <input type="checkbox"/> uzyskania zawodu		
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?		<b>tak</b> <b>nie</b>
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO</b> (o ile dotyczy)		
niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y      poszukująca/y pracy      nie dotyczy		
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....		Nazwa pracodawcy: .....
na czas nieokreślony      inny, jaki: .....		.....
		.....



<p><b>2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być <b>potwierdzona w posiadanym orzeczeniu</b>.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p><b>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana</b> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p><b>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)    <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p><b>5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?</b> (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)</p>	<p>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p><b>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b> np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. <b>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR STRONA 7**

<p style="text-align: center;"><u>Deklaracja bezstronności</u></p>			
<p><b>Oświadczam, że:</b></p>			
<p>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.</p>			
<p><b>Zobowiązuję się do:</b></p>			
<p>- 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.</p>			
<p>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku</p>	<p>Data, pieczętka i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie</p>	<p>Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)</p>	<p>Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)</p>

<p style="text-align: center;"><b>WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU</b></p>			
<p>Lp.</p>	<p>Warunki weryfikacji formalnej:</p>	<p>Warunki weryfikacji formalnej spełnione (<i>zaznaczyć właściwe</i>):</p>	<p><b>UWAGI</b></p>

**Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

1	Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../ ...../ 20.... r.

<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../ ...../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 20.... r. (o ile dotyczy)**

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

**STRONA 8**

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: .....**

I.	KRYTERIA PREFERENCYJNE - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1</b>	<b>Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:</b>				
	osoby z dysfunkcją czterech kończyn	30	<b>45</b>		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i co najmniej jednej ręki lub obu rąk i co najmniej jednej nogi	25			
a)	osoby z brakiem obu kończyn górnych	20			
	osoby ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych	15			
	osoby głuche (dysfunkcja całkowita)	10			
	osoby głuche (dysfunkcja jednego ucha)	5			
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą <b>znaczny</b> stopień niepełnosprawności	10			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-f	5			
<b>2</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej, prowadzącej do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury	15	<b>35</b>		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	10			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	5			
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a lub we wniosku zadeklarowano kontynuację nauki/edukacji na poziomie wyższym od dotychczasowego	20			
<b>3</b>	<b>Miejsce zamieszkania:</b>				
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	5	<b>10</b>		
b)	<b>dotyczy wyłącznie obszaru C</b> – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkami)	5			
<b>4</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	15			

**Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 5 lat <b>nie uzyskali żadnej pomocy ze środków PFRON</b> (pkt 2 wniosku)	5	<b>60</b>			
c)	podopieczny Wnioskodawcy jest <b>aktywny zawodowo</b>	5				
d)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	5				
e)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	- w przypadku jednej osoby		5		
		- w przypadku więcej niż jedna osoba		10		
f)	szczególne <b>utrudnienia</b> Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)	5				
g)	<b>Uzasadnienie wyboru</b> danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów (pkt 3.1 wniosku)	5				
h)	<b>dotyczy wyłącznie obszaru C</b> - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <b>skuter</b>	- 20				
i)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia	10				
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)</b>		<b>maksymalnie 150</b>				
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi: .....</b>						

**Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../20.....r. (o ile dotyczy)**

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku .....	Liczba punktów ogółem .....	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i> .....	<b>Opinia eksperta</b> (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń  pozytywna: ..... negatywna: .....  data i czytelny podpis eksperta
--	--------------------------------	---	--

**STRONA 9**

**Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.**

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

**pozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....**

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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

<b>Obszar A</b>	<b>Obszar B1</b>	<b>Obszar B2</b>
<b>Obszar B3</b>	<b>Obszar B4</b>	<b>Obszar C</b>
<b>Obszar D</b>		

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
Inne schorzenia:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza



6. Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

<p><b>proszę zakreślić właściwe pola</b></p> <p>1. Pacjent <b>może</b> poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie <b>ręcznym</b>:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b></p> <p>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest <b>niewskazane</b>, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b></p> <p>3. <b>Przeciwwskazania</b> do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): .....</p> <p>.....</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <b>brak przeciwwskazań</b></p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	---------------------------------------

**Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

	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)
	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), <b>jakie:</b>

....., dnia .....

(**miejscowość**)

(**data**)

pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
  - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:  
  
jednego oka  
  
obydwu oczu
  - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*  
  
w oku lewym do: ..... stopni  
  
w oku prawym do: ..... stopni
  - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*  
  
w oku lewym wynosi: .....  
  
w oku prawym wynosi: .....
  - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  
  
tak                      nie

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania**

obszar A

**STRONA 5**

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<b>RAZEM</b>		

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

**6. Informacje uzupełniające**

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji .....,  
 nr rejestracyjny ..... Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Użytkuję samochód marki ..... rok produkcji ..... nr rejestracyjny .....  
 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 lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje  
 samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU      POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:  
 .....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:  
**NIE**      **TAK** w ..... roku w ramach .....  
 a także w ..... roku w ramach .....

**Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: .....
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** ..... ceny brutto),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,

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,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

..... dnia ..... / ..... /20... r.	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
------------------------------------	-------------------------------------

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6 - 12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.				
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

- obszar B1-B4

STRONA 5

<b>B1 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt komputerowy, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Specjalistyczny sprzęt komputerowy i oprogramowanie:	
<b>RAZEM</b>	
<b>B2 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić urządzenia lektorskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Urządzenia lektorskie:	
<b>RAZEM</b>	
<b>B3 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić urządzenia brajlowskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Urządzenia brajlowskie:	
<b>RAZEM</b>	
<b>B4 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
<b>RAZEM</b>	

## 5. Informacje uzupełniające

<p>POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....</p> <p>.....</p> <p>NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO</p> <p>Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe: .....</p> <p>.....</p> <p>CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA:    NIE        TAK w ..... roku w ramach .....</p> <p>a także w ..... roku w ramach .....</p>
---

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
B1		
B2		
B3		
B4		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\* - należy zaznaczyć właściwe

## Oświadczam, że:

STRONA 6

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także:.....
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu komputerowego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** ..... ceny brutto specjalistycznego sprzętu komputerowego i oprogramowania),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

..... dnia ...../...../ 20... r.	.....
	<b>podpis Wnioskodawcy</b>

## 7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 a lub 2b do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania**

**STRONA 5**

<b>Specyfikacja zakupu WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM</b>
<b>Model (nazwa) wózka:</b>
<b>Dodatkowe wyposażenie wózka:</b>

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek		
Dodatkowe wyposażenie		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**6. Informacje uzupełniające**

POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY: ..... ..... BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem): <b>TAK</b> <b>NIE</b> JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY: ..... .....
NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK: MODEL ..... ROK NABYCIA: .....
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: <b>NIE</b> <b>TAK</b> w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

\* - należy zaznaczyć właściwe

**Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu „Aktywny Samorząd” jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także:.....,
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałem(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** ..... ceny brutto),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,



6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub

**STRONA 6**

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,

7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,

8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

<p>..... dnia ..... /..... /20..... r.</p>	<p>..... <b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
--	---

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 60 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nr sprawy:

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar D**

**STRONA 5**

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
<b>RAZEM</b>	

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

**6. Informacje uzupełniające**

**Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?**  
**NIE TAK - w ramach (np. programu) ..... w .....roku.**

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: ..... roku.**  
 Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: **NIE TAK, w dniu: ..... r.**

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jaki są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):**

\* - należy zaznaczyć właściwe

**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 .....

**Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: .....

3. 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,
4. 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,
5. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
6. 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.

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

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

**podpis Wnioskodawcy**

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania** - obszar F

STRONA 5

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
<b>RAZEM:</b>					

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

**6. Informacje uzupełniające**

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

**Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: .....
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej .....% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

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

**podpis Wnioskodawcy**

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## **Uzasadnienie**

Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 4 Porozumienie nr O-05/14/AS/2012 zawartego w dniu 19 czerwca 2012 roku w Łodzi, pomiędzy Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, a Samorządem Powiatu Rawskiego z siedzibą w Rawie Mazowieckiej, Realizator zobowiązuje się do dokumentowania, w każdym roku realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, przyjętych przez Realizatora zasad weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków oraz podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania z PFRON, w sposób umożliwiający ocenę zgodności weryfikacji wniosków i podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania z przyjętymi zasadami. W związku z powyższym przedstawia się projekt uchwały w sprawie ustalenia „Zasad weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu *Aktywny samorząd* oraz podejmowania decyzji o przyznaniu ww. dofinansowania”, obowiązujących w trakcie realizacji programu w 2012 r.

Przedmiotowe Porozumienie wyraźnie wskazuje, iż zasady weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków oraz podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON w ramach realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” przyjmuje Realizator. W preambule Porozumienia jako Realizatora wskazano Samorząd Powiatu Rawskiego. Powiat Rawski działa przez swoje organy, którymi są Zarząd i Rada Powiatu. Zgodnie z ogólną zasadą wynikającą z ustawy o samorządzie powiatowym, rada powiatu podejmuje uchwały w sprawach ustawowo zastrzeżonych do jej kompetencji. Tym samym organem właściwym do przyjęcia jako Realizator przedmiotowego Porozumienia zasad weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków oraz podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON jest Zarząd Powiatu Rawskiego.