

Wniosek złożono w:
MOPS Dąbrowa Górnicza

w dniu

Nr sprawy:

nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK - 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. **We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”**

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.mops.com.pl

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar A	Likwidacja bariery transportowej
Zadanie nr 1	Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/podopiecznego)	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.	
przez..... ważny dor.	
PESEL	Płeć: kobieta mężczyzna
Stan cywilny:	wolna/y zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:	samodzielne (osoba samotna) wspólne
Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu..... /nr tel. komórkowego:.....	
e'mail (o ile dotyczy):	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	ADRES ZAMELDOWANIA
miejsowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu	(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy - (pocztą)	Kod pocztowy - (pocztą)
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok. Powiat	Nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat
	Województwo:.....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kod pocztowy - Miejscowość
	Ulica Nr domu nr lok.
	Powiat Województwo

INFORMACJE DOTYCZĄCE: DZIECKA/PODOPIECZNEGO/PEŁNOMOCNIKA

(zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez..... ważny dor.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź):całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znacznym 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 osoby do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

innym

Wnioskodawca/podopieczny porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:

Wnioskodawca/podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

Wnioskodawca/podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niedowidząca

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

nie dotyczy

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):01-**U** upośledzenie
umysłowe02-**P**
choroby psychiczne03-**L** zaburzenia głosu,
mowy i choroby słuchu04-**O** narząd wzroku- **OSOBA GŁUCHA**05-**R** narząd ruchu06-**E** epilepsja07-**S** choroby układu
oddechowego i krążenia08-**T** choroby układu
pokarmowego09-**M** ukł. moczowo -płciowy10-**N** choroby neurologiczne11-**I** inne12-**C** całościowe zaburzenia
rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym:

tak

nie

Rodzaj gospodarstwa domowego:

samodzielne

wspólne

Wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

.....zł

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA: WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (zaznaczyć właściwe)

bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy i pozostający bez zatrudnienia (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

nie dotyczy

zatrudniona/y:

na czas nieokreślony

na czas określony od dnia:..... do dnia:

inny, jaki:

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

.....
.....
.....
.....
.....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz
spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do
potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

.....
inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

INNA, jaka:

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

STUDIA PODYPLOMOWE

STUDIA DOKTORANCKIE

☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE☐ nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od następnego roku, po którym uzyskał dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPS?						tak ☐ nie ☐	
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	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem kwota przyznana:					Razem kwota rozliczona:		

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!

W ramach pilotażowego programu **Aktywny samorząd** - moduł I nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu. Za wymagalne zobowiązanie należy rozumieć:

- a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
- b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a.
- zobowiązania:
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna
 - w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
 - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji
 - w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
 - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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 8) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na aktywizację społeczną, zawodową lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych?	
2) Uzasadnienie wniosku - należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego - <u>o ile dotyczy</u> .	

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

3) Uzasadnienie, w jaki sposób wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	
4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy/podopiecznego jest sprzężona (u Wnioskodawcy/podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? <i>Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</i>	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca/podopieczny 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 MOPS)?	☐ - tak ☐ - nie
6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeżeli tak należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
8) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON	
9) Wnioskodawca, który jest osobą poszkodowaną w 2017 roku lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 20 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) – do 85% ceny brutto

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/PODOPIECZNY NIE POSIADA OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
* CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: NIE TAK w roku w ramach a także w roku w ramach *dotyczy dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (dofinansowanie uzyskane w ramach zadania ustawowego lub programu celowego)

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza ☐ tak - ☐ nie,
2. nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mops.com.pl
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em)/podopieczny
6. uzyskał pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto. Środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
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,
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, 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,
11. 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.

WAŻNE!

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.
- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 ze zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

..... dnia /..... /20... r.	 podpis Wnioskodawcy
-----------------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o <u>znacznym lub umiarkowanym</u> stopniu niepełnosprawności ze wskazanym symbolem przyczyny <u>05-R</u> lub orzeczenia równoważnego (w przypadku orzeczeń wydanych przez ZUS bez podania przyczyny niepełnosprawności należy przedstawić rozszerzony wypis z tego orzeczenia potwierdzający spełnienie warunków uczestnictwa w programie - orzeczenie musi być wydane z powodu dysfunkcji narządu ruchu) lub orzeczenia o niepełnosprawności	☐	☐	
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wysokości <u>przeciętnego miesięcznego dochodu</u> w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	☐	☐	
4.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i>)	☐	☐	
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>) 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), potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.	☐	☐	
6.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć: – pełnomocnictwo, – pisemne oświadczenie pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	☐	☐	
7.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	☐	☐	
9.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2 – zgodę na przetwarzanie danych osobowych)	☐	☐	
10.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
11.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	☐	☐	
12.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	☐	☐	
13.	Akt małżeństwa (w przypadku gdy Wnioskodawca, nie jest wpisany w dowód rejestracyjny, jako współwłaściciel)	☐	☐	
14.	Oferta cenowa podpisana przez Wnioskodawcę	☐	☐	
15.	Dokument/zaświadczenie udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) wystawione dla Wnioskodawcy, który został dotknięty zdarzeniem losowym, skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie).	☐	☐	
16.	Inne załączniki:	☐	☐	