Wniosek złożono w:	Nr sprawy:
MOPS Dąbrowa Górnicza	
w dniu	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 4	Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

1. Informacje Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... **Nazwisko**.....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

W przypadku braku nr PESEL (dokument zawierający fotografię) – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:
(rodzaj - nazwa dokumentu, nr, data wydania oraz data ważności, organ wydający dokument):

.....

.....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

Miesięczna wysokość dochodu na osobę w rodzinie .....

(zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku)

Kontakt telefoniczny: nr telefonu.....

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

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ .....
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat ..... Województwo .....

STOPIEŃ 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

☐ **NARZĄD SŁUCHU 03-L**

☐ **dysfunkcja jednego ucha** ☐ **dysfunkcja obu uszu**

☐ **głuchota** ☐ **osoba głuchoniema**

☐ **osoba niedosłysząca** ☐ **inne .....**

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe	☐ 02-**P** choroby psychiczne	☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - **OSOBA GŁUCHA**	☐ 04-**O** narząd wzroku
☐ 05-**R** narząd ruchu	☐ 06-**E** epilepsja	☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego
☐ 09-**M** ukł. moczowo -płciowy	☐ 10-**N** choroby neurologiczne	☐ 11-**I** inne	☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym: ☐ **tak** ☐ **nie**

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **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:** .....

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA		
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ **nie dotyczy**		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), **w tym poprzez PCPR lub MOPR?** tak ☐ nie ☐

Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł)

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. 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 powtórnego/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 - o ile dotyczy.	....
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)? *Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.*	☐ - 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)?	☐ - 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.	☐ - tak ☐ - nie, jeżeli tak to proszę opisać utrudnienia: ....
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) Osoba niepełnosprawna jest osobą poszkodowaną w 2018 roku lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. *Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji*	☐ - tak ☐ - nie ....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

	Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	**ORIENTACYJNA CENA brutto** *(kwota w zł)*
☐	Komunikatory/tablice	
☐	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
☐	Oprogramowanie, jakie:	
☐	Aplikacje, jakie:	
☐	Sygnalizator	
☐	Dodatkowe oświetlenie	
☐	Wskaźniki optyczne	
☐	inne, jakie:	
☐	inne, jakie:	
☐	inne, jakie:	
☐	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)

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

numer rachunku bankowego ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

nazwa banku .....

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 przyjęłam(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 uzyskał pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ tak - ☐ nie,
6. 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,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż 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,
10. 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 lub na rachunek bankowy wnioskodawcy, refundacja dotyczy wyłącznie kosztów poniesionych po zawarciu umowy dofinansowania w przypadku transakcji na odległość.

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 2018 r. poz. 511 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.

Prawdziwość przedstawionych danych w niniejszym wniosku i załącznikach stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

..... 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 z powodu dysfunkcji narządu słuchu - symbol 03-L	☐	☐	
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 *(sporządzone wg wzoru określonego w <u>załączniku nr 1</u> do wniosku)*	☐	☐	
4.	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 (*sporządzone wg wzoru określonego w <u>załączniku nr 2</u> do formularza wniosku)* **w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, potwierdzające** ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) <u>Powyższe może być potwierdzone w odpowiednim dokumencie</u>	☐	☐	
5.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego 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.	☐	☐	
6.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	☐	☐	
7.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych lub zarejestrowaniu w PUP (o ile dotyczy)	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki na poziomie wyższym osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	☐	☐	
9.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	☐	☐	
10.	Oferta cenowa	☐	☐	
11.	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).	☐	☐	
12.	Inne załączniki:	☐	☐	