

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

miejsce w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy [] [] - [] [] []
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

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):

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	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 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 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

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 wniosekzł

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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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:

- w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
- 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 powtórno/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>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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"/> gałka do kierownicy	
<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:	
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:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie,
- 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),
- 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mops.com.pl
- 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,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania - w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** 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,
- 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, 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	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"/>	
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>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Akt małżeństwa (w przypadku gdy Wnioskodawca, nie jest wpisany w dowód rejestracyjny, jako współwłaściciel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Oferta cenowa podpisana przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Inne załączniki:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	