

## WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar A – Zadanie nr 4  
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania samochodu**

### DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                                                                           | Zawartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>                                                  | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Z dnia:</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Sygnatura akt:</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Repertorium nr:</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>                                                        | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                                 |

**Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.**

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

### DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

| Nazwa pola           | Zawartość                                                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                                                                                                      |
| Powiat:              |                                                                                                                                                      |
| Gmina:               |                                                                                                                                                      |
| Miejscowość:         |                                                                                                                                                      |
| Ulica:               |                                                                                                                                                      |
| Numer domu:          |                                                                                                                                                      |
| Numer lokalu:        |                                                                                                                                                      |
| Kod pocztowy:        |                                                                                                                                                      |
| Pocztą:              |                                                                                                                                                      |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Numer telefonu:      |                                                                                                                                                      |
| Adres email:         |                                                                                                                                                      |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Zawartość |
|---------------|-----------|
| Województwo:  |           |
| Powiat:       |           |
| Gmina:        |           |
| Ulica:        |           |
| Numer domu:   |           |
| Numer lokalu: |           |
| Miejscowość:  |           |
| Kod pocztowy: |           |
| Pocztą:       |           |

### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

#### DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

*Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.*

☐ Nie dotyczy

| Nazwa pola | Zawartość |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

|                 |                                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola      | Zawartość |
|-----------------|-----------|
| Województwo:    |           |
| Powiat:         |           |
| Gmina:          |           |
| Ulica:          |           |
| Numer domu:     |           |
| Numer lokalu:   |           |
| Miejscowość:    |           |
| Kod pocztowy:   |           |
| Pocztą:         |           |
| Numer telefonu: |           |
| Adres email:    |           |

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola                                                           | Zawartość                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                        |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                               |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                     |
| Grupa inwalidzka:                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niezdolność do pracy:</b> | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe  
☐ 02-P – choroby psychiczne  
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  
     ☐ osoba głucha  
     ☐ osoba głuchoniema  
☐ 04-O – narząd wzroku  
     ☐ osoba niewidoma  
     ☐ osoba głuchoniewidoma  
☐ 05-R – narząd ruchu  
     ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  
     ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych  
☐ 06-E – epilepsja  
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego  
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego  
☐ 10-N – choroby neurologiczne  
☐ 11-I – inne  
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                                 | Zawartość                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- ☐ nie dotyczy  
☐ nieaktywna/y zawodowo  
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):  
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)  
☐ zatrudniony

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

| Forma zatrudnienia                                                                                                  | Od dnia | Na czas nieokreślony                                      | Do dnia |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę                                                  |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna                                                                        |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy                                                                              |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza                                                                    |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza                                                                       |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |

|                                                                                                                                                                                                             |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|

**OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM**

- ☐ Nie dotyczy  
☐ Przedszkole  
☐ Szkoła podstawowa  
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa  
☐ Technikum  
☐ Liceum  
☐ Szkoła policealna  
☐ Kolegium  
☐ Studia I stopnia  
☐ Studia II stopnia  
☐ Studia magisterskie (jednolite)  
☐ Studia podyplomowe  
☐ Studia doktoranckie  
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)  
☐ Szkoła doktorska  
☐ Uczelnia zagraniczna  
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE  
☐ Każda inna, jaka:

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

☐ tak   ☐ nie

| Zadanie                               | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b> |                      |
|                                       |                      |

**Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

☐ tak   ☐ nie

**Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

☐ tak   ☐ nie

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

**Uwaga!** Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

☐ tak ☐ nie

## UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):**

☐ tak ☐ nie

**Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności):**

☐ tak ☐ nie

**Opis dodatkowego wyposażenia:**

**Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:**

☐ tak ☐ nie

**Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):**

☐ tak ☐ nie

**Zamierzam kupić samochód:**

☐ tak ☐ nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

*Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*

a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiorów obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma
- ☐ media
- ☐ Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON
- ☐ PFRON

☐ inne, jakie?:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**  
Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2023 roku (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 września 2024 r., według wzoru: [(5.451 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 4

| Przedmiot pomocy                                                                                                | Cena brutto (w zł) | Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania                                                          |                    |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> komunikatory / tablice                                                                 |                    |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych                                       |                    |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje                                                           |                    |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)                                                         |                    |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne                                                                     |                    |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich): |                    |                                            |                                         |
| Razem:                                                                                                          |                    |                                            |                                         |

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) - łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

| Nazwa pola                | Zawartość |
|---------------------------|-----------|
| Numer rachunku bankowego: |           |
| Nazwa banku:              |           |

## ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |

*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.*

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

| <i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i> | <i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |