

Nr sprawy:	Wniosek złożono w PCPR w Toruniu w dniu:

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**

Obszar C – Zadanie nr 1

**pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
(adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, w tym do 16 r.ż. lub osób ze
znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne
poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym)**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY	
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> w swoim imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic dziecka <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód osobisty	Seria:
	Numer:
	Wydany przez:
	Data wydania:
	Data ważności:
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	

Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
ADRES ZAMELDOWANIA	
<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Pełnoletni:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Dowód osobisty (o ile dotyczy)	Seria:
	Numer:
	Wydany przez:
	Data wydania:
	Data ważności:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo
---	---

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 05-R – narząd ruchu
 Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- 04-O – narząd wzroku
 osoba niewidoma
 osoba głuchoniewidoma

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
- 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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy) | <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza
<input type="checkbox"/> zatrudniony |
|--|---|

Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)	Zatrudniony od dnia:	
	Okres zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:
	Forma zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy
	Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
	Telefon kontaktowy do pracodawcy:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> przedszkole <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> liceum <input type="checkbox"/> technikum	<input type="checkbox"/> szkoła policealna <input type="checkbox"/> kolegium <input type="checkbox"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> inna, jaka:
--	---

NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

Nazwa placówki:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:	
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):	

2. 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 poprzez PCPR lub MOPR?				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:					
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:					
<u>Uwaga!</u> Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął					

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie 1

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

Dopuszczalne obciążenie wózka:

Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Wymagany/Deklarowany udział własny (co najmniej 10% ceny brutto)	Kwota wnioskowana (w zł) <u>- orientacyjna cena brutto minus wymagany udział własny</u>
Wózek			
Dodatkowe wyposażenie			
ŁĄCZNIE			

6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL zakupiony ze środków:	rok nabycia:r. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek: kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
· jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
· Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.bip.powiatatorunski.pl (zakładka PCPR w Toruniu),
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał w danym roku, odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora.

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

..... dnia /..... /20..... r.				
..... podpis Wnioskodawcy				
7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE				
Nazwa załącznika	Wypełnia wyłącznie realizator programu			
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi	
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Klauzula informacyjna załącznik nr 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Zaświadczenie od pracodawcy -o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. 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"/>		
8. Zaświadczenie/informacja ze szkoły o pobieraniu nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. <u>Dwie</u> niezależne oferty dotyczące przedmiotu dofinansowania– -dokumenty pozwalający określić wysokość kwoty wnioskowanej np. specyfikacja przedmiotu, faktura proforma, oferta firmy itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

