

Wniosek złożono w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu- PCPR w Żywcu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - 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.

## CZĘŚĆ A

### Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

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

przez.....ważny do ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

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

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pccpr-zywiec.pl](http://www.pccpr-zywiec.pl)

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

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

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:       **obu** kończyn górnych       **jednej** kończyny górnej

**obu** kończyn dolnych       **jednej** kończyny dolnej       innym, jakim?.....

**Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**

**Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**

**Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> <b>osoba niewidoma</b>		
<input type="checkbox"/> <b>osoba głuchoniewidoma</b>		

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

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
	<input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>			
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony       inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

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

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

**Nazwa pracodawcy:** .....

**Adres miejsca pracy:** .....

**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** .....

<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b>	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>	Miejsce prowadzenia działalności: .....
--	---

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

### OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

### NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

### 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 dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

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!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

### 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. 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>Uzasadnienie wniosku</p>	
<p>Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)    <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>Czy w 2017 lub 2018 roku Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( przez osobę poszkodowaną należy rozumieć osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz.U.z 2016r. poz.1067), 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 2004r. o pomocy społecznej, a także osobę którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym( np. pożar, kradzież, zalanie) udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę ( np. pomocy społecznej, straży pożarnej, policji).</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie    tak- <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy    <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

#### 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"/>	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:	
<b>RAZEM</b>		

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

#### 6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....	<input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki ..... rok produkcji ..... nr rejestracyjny ..... na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).	
<input type="checkbox"/> 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 .....	
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: .....	
<b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> w ..... roku w ramach .....	
a także w ..... roku w ramach .....	

#### Oświadczam, że:

- o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Żywcu  tak -  nie,
- 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpr-zywiec.pl](http://www.pcpr-zywiec.pl),
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) 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**),

6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. 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,
9. 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.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej i mię 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.

<p>..... dnia ..... /..... /20... r.</p> <p style="text-align: right;"><b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
---

#### 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 5 - 10)

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU</b> <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i> – wypełnione w języku polskim – <b>dotyczy tylko tych Wnioskodawców którzy nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu R</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	