

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar C – Zadanie 2

### POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO WÓZKA O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

#### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka      opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....  
ważny do .....r.

PESEL

Płeć:    kobieta    mężczyzna

Stan cywilny:    wolna/y    zameżna/zonaty

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

Kod pocztowy   -

(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

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

Województwo .....

miasto    wieś

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -

.....

(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

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

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania  
dofinansowania w ramach programu

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

## DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

## DANE PERSONALNE

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          

Pełnoletni:      tak                      nie

Płeć:              kobieta                      mężczyzna

## MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -   .....

(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców

inne miasto

wieś

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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 o niepełnosprawności

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

**NARZĄD WZROKU 04-****O**  
**osoba niewidoma**  
**osoba głuchoniema**  
Lewe oko:  
Ostrość wzoru (w korekcji .....)  
Zwężenie pola widzenia: .....stopniPrawe oko:  
Ostrość wzoru (w korekcji .....)  
Zwężenie pola widzenia: .....stopni**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

<b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  osoba głucha Ubytek słuchu .....(dB)	<b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<b>09-M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<b>11-I</b> inne
<b>02-P</b> choroby psychiczne	<b>06-E</b> epilepsja	<b>08-T</b> choroby układu pokarmowego	<b>10-N</b> choroby neurologiczne	<b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

ŻŁOBEK	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA PODSTAWOWA
GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka .....		nie dotyczy

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok .....  
 Kod pocztowy .....  
 Miejscowość ..... ulica..... Nr domu .....

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

ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** **nie** internat: **tak** **nie**

Nauka prowadzi do: **Z** zdania matury **Z** uzyskania średniego wykształcenia **Z** uzyskania zawodu

Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego? **tak** **nie**

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)**

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

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... na czas nieokreślony inny, jaki: .....	Nazwa pracodawcy: ..... ..... .....
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy	Adres miejsca pracy: ..... ..... ..... 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: .....
----------------------	---

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak **Z** nie **Z**  
 Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak **Z** nie **Z**  
**Z**  
 Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....





JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY: .....

STRONA 6

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY WÓZEK: MODEL ..... ROK NABYCIA:  
.....

\*- należy zaznaczyć właściwe

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**

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

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

**Oświadczam, że:**

1. 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,
2. nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora ( na terenie innego samorządu terytorialnego),
3. 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcprgrudziadz.pl](http://www.pcprgrudziadz.pl)
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) dla podopiecznego pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel pomocy (przedmiot dofinansowania określony ogólnie w Zadaniu w danym Obszarze):  **tak** -  **nie**,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy
8. 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 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

## 8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia 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 przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>załącznik nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON ( <i>załącznik 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.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez podopiecznego w szkole ponadgimnazjalnej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej albo poszukującej pracy – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR

Deklaracja bezstronności

## Oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie byłem(a) w żaden sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

### WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	z - tak    z - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	z - tak    z - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	z - tak    z - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	z - tak    z - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	z - tak    z - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	z - tak    z - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	z - tak    z - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ .....20..... r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....		z - tak    z - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		z - tak    z - nie	

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu  
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:* \_\_\_\_\_

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki  
organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:* \_\_\_\_\_

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej...../ 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 20..... r. (o dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie  
lekarckie



KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU					
KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>				
a)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim	10	<b>20</b>		
b)	występuje niepełnosprawność <b>sprężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	10			
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>				
a)	osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe ( np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo osoba, która jednocześnie działa na rzecz osób niepełnosprawnych, albo która w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia ( np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	5	<b>65</b>		
b)	osoba zatrudniona	60			
<b>3</b>	<b>Posiadane wykształcenie:</b>				
a)	Wyższe	10	<b>10</b>		
b)	Średnie/ponadgimnazjalne	5			
<b>4</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	osoba studiuje na wyższej uczelni	10	<b>10</b>		
b)	osoba uczy się w szkole ponadgimnazjalnej	5			
<b>5</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca prowadzi <b>samodzielne gospodarstwo domowe</b>	5	<b>15</b>		
b)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	– w przypadku jednej dodatkowej osoby niepełnosprawnej 10			
	– w przypadku więcej niż jedna dodatkowa osoba niepełnosprawna 15				
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>		<b>Maksymalnie</b>	<b>120</b>	.....	
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50</b>					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../ ...../ 20.....r. (o ile dotyczy)

### OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń	
	.....	.....	.....	pozytywna:
			<i>data i czytelny podpis eksperta</i>	

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

pozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 1 nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie byłem(a) w żaden sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne.
- 3 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4 nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

Obszar A – zadanie I	Obszar B – zadanie I	Obszar B zadanie II
Obszar C - zadanie I	Obszar – C zadanie II	

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: