

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

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „D” - 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

| <input type="checkbox"/> <b>Moduł I</b>  |   | <input type="checkbox"/> <b>Moduł II</b><br>pomoc w uzyskaniu<br>wykształcenia na<br>poziomie wyższym |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b>   |   |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu   | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>   |   |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania   | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania                 |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>   |   |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                             |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>   |   |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne   | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar D –</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej |   |   |

### 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: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |   |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty  |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne   |   |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b><br><br>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br><small style="margin-left: 200px;">(poczta)</small><br><br>Miejscowość .....<br><br>Ulica .....<br><br>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....<br><br>Województwo .....<br><br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś | <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br><small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small><br><br>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br><small style="margin-left: 200px;">(poczta)</small><br><br>Miejscowość .....<br><br>Ulica .....<br><br>Nr domu ..... nr lokalu .....<br><br>Powiat .....<br><br>Województwo ..... |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):  | <b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. ... ..nr telefonu.....<br>nr tel. komórkowego:.....<br>e’mail (o ile dotyczy): .....  |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:  |   |

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

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

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

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

**NARZĄD WZROKU 04-O**

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

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

01-**U** upośledzenie umysłowe

03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

- **OSOBA GŁUCHA**

07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia

09-**M** choroby układu moczowo - płciowego

11-**I** inne

02-**P** choroby psychiczne

06-**E** epilepsja

08-**T** choroby układu pokarmowego

10-**N** choroby neurologiczne

12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

bezrobotna/y

poszukująca/y pracy

nie dotyczy

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

Nazwa pracodawcy: .....

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

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

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

Nr NIP: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

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 – dotyczy Modułu I**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <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<br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)   | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent<br>(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 – dot. tylko Modułu I**

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

| Pytanie/zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy   |
|--|---|
| 1) Uzasadnienie składanego wniosku   | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.  | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> |
| 3) 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)?   | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?   | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>                              |
| 5) 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><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)   | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwoła w zł) |
|--|---------------------------------------|
| Zakup części zamiennych, jakich:   |                                       |
| Zakup akumulatora  |                                       |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:  |                                       |
| Koszty naprawy/remontu   |                                       |
| Koszty przeglądu technicznego  |                                       |
| Koszty konserwacji/renowacji   |                                       |
| <b>RAZEM</b>   |                                       |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------|--------------------------|
| <b>Razem</b>                                    |                           |                          |

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE       TAK - w ramach (np. programu) ..... W ..... r.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE       TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:     NIE     TAK, w dniu: ..... r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE     TAK, w dniu: ..... r.

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):**

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE       TAK, w dniu: ..... r.

\*- 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:****STRONA 6**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu .....  tak -  nie
2. uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O ewentualnych zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od daty ich powstania,
3. podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. 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: .....
5. 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,
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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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****7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

| Nazwa załącznika |   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br>(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 średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Oświadczenia 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 | <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 powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy (o ile dotyczy)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Wycena naprawy wózka wystawiona imiennie na osobę niepełnosprawną. załączniki   | <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 PROGRAMU STRONA 7**

**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,
- 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 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 pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów 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 spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 2   | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 3   | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 4   | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)                           | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 5   | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 6   | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 7   | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../...../ 20.... r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna**  **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....  - tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - 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 ile dotyczy)**

|  |  |
|--|--|
| Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie |  |
|--|--|

| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – dotyczy Modułu I                          |   |                                      |                           |                        |                        |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| 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)  | stopień niepełnosprawności<br>(jeden stopień do wyboru)   | znaczny (I grupa inwalidzka)         | 10                        | <b>30</b>              |                        |
|   |   | umiarkowany (II grupa inwalidzka)    | 5                         |                        |                        |
| b)  | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome  |                                      | 10                        |                        |                        |
|   | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące   |                                      | 5                         |                        |                        |
| c)  | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome   |                                      | 5                         |                        |                        |
| d)  | występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c  |                                      | 5                         |                        |                        |
| <b>2</b>  | <b>Aktywność zawodowa:</b>  |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy   |                                      | 15                        | <b>25</b>              |                        |
| b)  | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)   |                                      | 10                        |                        |                        |
| <b>3</b>  | <b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>  |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)  |                                      | 70                        | <b>70</b>              |                        |
| b)  | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)   |                                      | 65                        |                        |                        |
| c)  | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)  |                                      | 60                        |                        |                        |
| d)  | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej  |                                      | 55                        |                        |                        |
| <b>4</b>  | <b>Miejsce zamieszkania:</b>  |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców   |                                      | 5                         | <b>10</b>              |                        |
| b)  | dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)  |                                      | 5                         |                        |                        |
| <b>5</b>  | <b>Inne kryteria:</b>   |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem  |                                      | 5                         | <b>45</b>              |                        |
| d)  | dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<br>(jeden przypadek do wyboru)  | – w przypadku jednej osoby           | 5                         |                        |                        |
|   |   | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 10                        |                        |                        |
| e)  | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.8 wniosku)   |                                      | 5                         |                        |                        |
| f)  | Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia |                                      | 20                        |                        |                        |
| g)  | dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <b>skuter</b>   |                                      | - 20                      |                        |                        |
| h)  | wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia   |                                      | 5                         |                        |                        |
| <b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>   |   |                                      | <b>maksymalnie 180</b>    |                        | .....                  |
| <b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</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 |
|  | .....                 | .....  | .....   |
|  |                       |  | data i czytelny podpis eksperta   |



## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

### 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,
- 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):

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1</b><br>..... zł | <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2</b><br>..... zł | <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1</b><br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2</b><br>..... zł | <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1</b><br>..... zł | <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2</b><br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3</b><br>..... zł | <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4</b><br>..... zł | <input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar D</b><br>..... zł                |

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Koszty kursu i egzaminów:<br>..... zł | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:<br>..... zł |
|---------------------------------------|---|

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

|  |   |
|--|---|
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:<br>..... zł | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:<br>..... zł |
|--|---|

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu II

|   |  |
|---|--|
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:<br>..... zł | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:<br>..... zł |
|---|--|

### UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

|                         |   |
|-------------------------|---|
| .....20..... r.<br>data | .....<br>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:

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód brutto** należy rozumieć średni miesięczny dochód brutto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez **pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (**zgodnie z przepisem nr 1**):

|  |                        | Średni miesięczny dochód brutto |
|--|------------------------|---------------------------------|
| 1.   | Wnioskodawca:<br>..... |                                 |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b> |                        | <b>X</b>                        |
| 2.   |                        |                                 |
| 3.   |                        |                                 |
| 4.   |                        |                                 |
| 5.   |                        |                                 |
| RAZEM  |                        |                                 |

### **Oświadczam, także że:**

- 1) średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie złotych: .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z **przepisem nr 2**);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r. ....  
miejscowość podpis Wnioskodawcy

### **Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

## **Przypis nr 1**

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

**Uwaga!** Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu brutto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód brutto} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód brutto wykazany w wierszu} \\ \text{„Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na} \\ \text{stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

**Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. :.....(*należy wpisać nazwę Realizatora programu*) z siedzibą w ..... przy ul: ..... (administradora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....  
(*imię i nazwisko*)

.....  
(*adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania*)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić*):

.....  
(*imię i nazwisko dziecka/podopiecznego*)

przez Realizatora programu tj. .... z siedzibą w ..... przy ul.....  
(administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*