

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK „M-I”**

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu**

**„Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową Obszar C – Zadanie nr 4**

**pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY**  **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * we własnym imieniu * jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * kobieta  mężczyzna |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto powyżej 5 tys. mieszkańców * miasto do 5 tys. mieszkańców * wieś |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** | |
| * Taki sam jak adres zamieszkania | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO** | |
| *Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/ pełnoletniego podopiecznego.*   * Nie dotyczy | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * kobieta  mężczyzna |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak * nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny * umiarkowany * lekki * nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo – do dnia: |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |
| **Niezdolność do pracy:** | * całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji * całkowita niezdolność do pracy * częściowa niezdolność do pracy * nie dotyczy |
| *Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.* | |

|  |
| --- |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu   + osoba głucha   + osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku   + osoba niewidoma   + osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu   + Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego   + Dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne * 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
| *Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*   * nie dotyczy * nieaktywna/y zawodowo * bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)   Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):   * poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony) * zatrudniony |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC** | |
| **Forma zatrudnienia** | **Od dnia** |
| * stosunek pracy na podstawie umowy o pracę |  |
| * stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |  |
| * umowa cywilnoprawna |  |
| * staż zawodowy |  |
| * działalność gospodarcza |  |
| * działalność rolnicza |  |

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

* Nie dotyczy
* Przedszkole
* Szkoła podstawowa
* Zasadnicza Szkoła Zawodowa
* Technikum
* Liceum
* Szkoła policealna
* Kolegium
* Studia I stopnia
* Studia II stopnia
* Studia magisterskie (jednolite)
* Studia podyplomowe
* Studia doktoranckie

|  |  |
| --- | --- |
| * Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi) * Szkoła doktorska * Uczelnia zagraniczna * Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE * Każda inna, jaka: | |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**   * tak  nie | |
| **Zadanie** | **Kwota dofinansowania** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |
| **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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (…)” w 2020 r.”.  **Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**   * tak  nie | |

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

* tak  nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:**

*W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.*

* tak  nie

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

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

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

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

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŚREDNI DOCHÓD** | | |
| **Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**   * indywidualne  wspólne   **Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**  *Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: [(2.715 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;*   * *Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (…), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).* | | |
| **PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4** | | |
| **Przedmiot pomocy** | **Cena brutto (w zł)** | **Wnioskowana kwota dofi- nansowania (w zł)** |
| * Zakup elementów zamiennych   **Proszę wymienić elementy zamienne:** |  |  |
| * Zakup dodatkowego wyposażenia   **Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:** |  |  |
| * Koszty naprawy/remontu |  |  |
| * Koszty przeglądu technicznego |  |  |
| * Koszty konserwacji/renowacji |  |  |
| * Inne   **Proszę wymienić inne koszty:** |  |  |
| * Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON |  |  |
| **Razem:** |  |  |
| **Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie: Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE** | | |
| Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** | |
| **Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:** | * nie dotyczy * w zakresie ręki * przedramienia * ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | |
| **Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:** | * nie dotyczy * w zakresie ręki * przedramienia * ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | |
| **Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:** | * nie dotyczy * na poziomie podudzia * na wysokości uda (także przez staw kolanowy) * uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym | |
| **Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:** | * nie dotyczy * na poziomie podudzia * na wysokości uda (także przez staw kolanowy) * uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym | |
| **Przyczyna amputacji kończyny:** | * uraz | * inna, jaka: |
| **Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:** | * tak | * nie |
| **Czy posiadana proteza była naprawiana:** | * tak | * nie |
| **Czy gwarancja na naprawę upłynęła:** | * tak | * nie |
| **Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):** |  | |
| **Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:** | * tak | * nie |
| Data: |  | |
| W ramach: |  | |
| Data: |  | |
| W ramach: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY** | |
| na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA** | |
| Zestaw załączników określa Realizator | |
| **Lp.** | **Nazwa** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

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

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