



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR.....4820.....2018

Podpis pracownika:.....

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu, tj. PCPR w Cieszynie, ul. Bobrecka 29

## WNIOSEK „P” – Moduł I, Obszar A, Zadanie 1

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –  
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowanie do posiadanego samochodu

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl)  
w zakładce: Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej

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

#### 1.1. Dane personalne Wnioskodawcy:

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

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

przez ..... data ważności dokumentu .....r.

Płeć:  kobieta  mężczyzna Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

PESEL .....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### 1.2. Adres zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC)\*:

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica ..... nr domu .....nr lok. ....

Powiat ..... Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

\*ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

### 1.3. Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

.....  
.....

Tel.: .....

e-mail:

.....

### 1.4. Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa     - media  
 - Realizator programu (PCPR)     - PFRON

- inne, jakie:

.....

### 1.5. Stan prawny dotyczący 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

### 1.6. Rodzaj niepełnosprawności:

01-U - Upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R choroby narządu ruchu

06-E epilepsja

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

08-T choroby układu pokarmowego

09-M choroby układu moczowo – pęciowego

10-N choroby neurologiczne

11-I inne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

### 1.7. Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

rejestracja w PUP – (od kiedy?)

.....

działalność gospodarcza -

Nr NIP: .....

działalność rolnicza

zatrudniony:

Nazwa firmy, adres: .....

.....

.....

nie dotyczy

### 1.8. Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

szkoła policealna

kolegium

studia pierwszego stopnia

studia drugiego stopnia

jednolite magisterskie

studia podyplomowe / studia doktoranckie

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

nie dotyczy

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

- Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR)  
 tak [ ]      nie [ ]

Cel, nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc/ przedmiot dofinansowania	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana		Razem kwota rozliczona	

- 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\*: .....

\* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.  
**Uwaga!** W ramach programu „ MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

### **3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:**

**OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU** – dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego; do mobilnych przedmiotów można zaliczyć przykładowo: specjalny fotel pasażera, w tym fotelik dziecięcy, podnośnik lub najazd/podjazd/rampę podjazdową do wózka inwalidzkiego, dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego itp.;

**Rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Orientacyjna cena brutto:**

---

**Wkład własny – 15%**

---

**Wnioskowana kwota dofinansowania:**

---

### **4. Uzasadnienie wniosku:**

*(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **5. Informacje uzupełniające:**

**Informacje podstawowe:**

Jestem właścicielem / współwłaścicielem\* samochodu marki: .....  
rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

**Informacje dodatkowe:**

Nie posiadam oprzyrządowania samochodu

Posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu:

.....  
.....

**Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu:**

NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

**POJĘCIA:**

**DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU (W PRZYPADKU OBSZARU A)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (także orzeczenia o niepełnosprawności), w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), wnioski mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;

**POSIADACZ SAMOCHODU (W ROZUMIENIU PROGRAMU)** – należy przez to rozumieć jego właściciela lub współwłaściciela; w przypadku osób niepełnoletnich i pozbawionych zdolności do czynności prawnych, posiadaczem samochodu jest wnioskodawca; w przypadku, gdy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych (niemontowanych w samochodzie na stałe), posiadanie samochodu może być udokumentowane aktualną umową (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.);

**6. OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
2. 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,
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.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl),
4. w okresie ostatnich 3 lat **uzyskałam(em) / nie uzyskałam(em)\*** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu,
5. 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) / nie byłem(am)\*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

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.

\* - skreślić niewłaściwe

*Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29.*

*Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016r. poz.922 z późn. zm.) w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków PFRON (tj. uchwała nr 5/2014 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 9 czerwca 2014r. z późn. zm.) zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511).*

*Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów obowiązującego prawa.*

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

*Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.*

**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** .....

Miejscowość, data

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia .....

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak lub znaczny niedowład obu kończyn górnych, .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Brak lub znaczny niedowład obu kończyn dolnych: .....	
		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: ..... .....	
		pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na *ograniczenia funkcjonalne*, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

<input type="checkbox"/>	<b>dotatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie</b>
<input type="checkbox"/>	<b>automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła</b>
<input type="checkbox"/>	<b>elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>specjalne siedzenia</b>
<input type="checkbox"/>	<b><u>elektroniczna obręcz przyspieszenia</u></b>
<input type="checkbox"/>	<b>ręczny gaz – hamulec</b>
<input type="checkbox"/>	<b>przedłużenie pedałów</b>
<input type="checkbox"/>	<b>sterowanie elektroniczne</b>
<input type="checkbox"/>	<b>podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego</b>
<input type="checkbox"/>	<b>przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników</b>
<input type="checkbox"/>	<b>system wspomagania parkowania</b>
<input type="checkbox"/>	<b>inne, jakie: .....</b> .....

....., dnia .....

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza



<b>Załączniki dołączone do wniosku:</b>		
<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Załączniki Obowiązkowe:</b>
		<b>Załącznik nr 1</b> - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		<b>Załącznik nr 2</b> - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i> )
		<b>Załącznik nr 3</b> - Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> ) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu
		<b>Załącznik nr 4</b> - Kserokopia dowodu rejestracyjnego posiadanego samochodu lub kopia umowy użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.
		<b>Załącznik nr 5</b> - Oferta handlowa oprzyrządowania wraz z montażem z rozbiem na rodzaje planowanego oprzyrządowania samochodu
		<b>Załącznik nr 6 - w przypadku, gdy podstawa wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (O5-R)</b> - zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku ( <i>sporządzone wg wzoru określonego we wniosku</i> )
<b>Inne – o ile dotyczy:</b>		
		<b>Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia</b> ( <i>dot. osób uczących się lub studiujących</i> ),
		<b>Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby</b> ( <i>w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę</i> )
		<b>Zaświadczenie o zatrudnieniu</b> - <i>w przypadku osób zatrudnionych</i> ,
		<b>Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną</b> - <i>w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</i>
		<b>udokumentowane/potwierdzone wystąpienie zdarzenia skutkującego starami materialnymi w gospodarstwie domowym wydane przez podpowiedź jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, Policję, straż</b> - <i>gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych</i>
<b>W przypadku występowania przez pełnomocnika:</b>		
		<b>Kopia pełnomocnictwa notarialnego</b> - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		<b>Oświadczenie Pełnomocnika</b> , iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.