



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 C, Zadanie 2

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego 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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpccieszyn.ox.pl
w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

1.1. Dane personalne Wnioskodawcy:

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniur.

przez data ważności dokumentur.

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 domunr 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:

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, wraz z orientacyjną ceną brutto (kwota w zł):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Orientacyjna cena brutto:

Wnioskowana kwota dofinansowania:

4. Uzasadnienie wniosku:

(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu, ponadto należy wskazać w jaki sposób wnioskowany sprzęt ograniczy skutki i rodzaj niepełnosprawności, proszę wskazać występujące problemy techniczne)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Informacje uzupełniające:

Użytkowany wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:

Model: rok produkcji:

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:

NIE TAK, w dniu: r.

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

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

[] NIE [] TAK w roku w ramach

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, a także pod adresem: 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 utrzymanie sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
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 **byłam(am) / nie byłam(am)*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
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 dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu lub Beneficjenta pomocy.

* - *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

Załączniki dołączone do wniosku:		
TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		Załącznik nr 1 - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		Załącznik nr 2 - 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>)
		Załącznik nr 3 - 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
		Załącznik nr 4 - Oferta handlowa sprzętu/usług mających na celu podnieść sprawność techniczną wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, lub Faktura VAT dotycząca sprzętu/usług mających na celu podnieść sprawność techniczną wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
Inne – o ile dotyczy:		
		Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (<i>dot. osób uczących się lub studiujących</i>),
		Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (<i>w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę</i>)
		Zaświadczenie o zatrudnieniu - <i>w przypadku osób zatrudnionych</i> ,
		Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - <i>w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</i>
		udokumentowane/potwierdzone wystąpienie zdarzenia skutkującego starami materialnymi w gospodarstwie domowym wydane przez podpowiedź jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, Policję, straż - <i>gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych</i>
W przypadku występowania przez pełnomocnika:		
		Kopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		Oświadczenie Pełnomocnika , 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.