Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu / montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1

	Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
☐	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
☐	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
☐	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
☐	specjalne siedzenia	
☐	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
☐	ręczny gaz – hamulec	
☐	przedłużenie pedałów	
☐	sterowanie elektroniczne	
☐	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
☐	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
☐	system wspomagania parkowania	
☐	inne, jakie:	
	RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

6. Informacje uzupełniające

☐ Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji .....,
nr rejestracyjny ..... ☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

☐ Użytkuję samochód marki ..... rok produkcji ..... nr rejestracyjny .....
na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

☐ Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

☐ 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 .....

Oświadczam, że: (w pkt. 1,5 i 9 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): ☐ tak - ☐ nie
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.powiat-sredzki.pl,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ tak - ☐ nie,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto),
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, oprzyrządowanie dofinansowane ze środków PFRON w ramach niniejszego

wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,

8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie
10. 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,
11. 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

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 13 - 14)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
9.	Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup wnioskowanego oprzyrządowania	☐	☐	
10.	Dokumenty potwierdzające własność lub współwłasność samochodu	☐	☐	
11.	W przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń - zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja ruchu	☐	☐	
12.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
14.		☐	☐	

Należy wypełnić w przypadku wniosku „P" dot. dofinansowania kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B

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

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....

.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: ☐ NIE ☐ TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu: .....

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, *np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.*

.....

.....

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem		

6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY: ☐ **NIE** ☐ **TAK** w ..... **roku w ramach** .....

a także w ..... **roku w ramach** .....

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: (w pkt. 1,7 i 10 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) : ☐ tak - ☐ nie,
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.powiat-sredzki.pl,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 25%** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w

przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, koszty uzyskania prawa jazdy dofinansowane ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie mogą być współfinansowane z innych środków publicznych,

7. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B: ☐ tak - ☐ nie,
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, 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy 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 (wiersze 11-13)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
9.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
10.	Oferta cenowa lub faktura pro forma kosztu udziału w kursie na prawo jazdy	☐	☐	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
12.		☐	☐	
13.		☐	☐	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania oraz szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2

Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania	ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
RAZEM	

Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*
RAZEM	

5. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

☐ NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe: .....

.....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA: ☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
ŁĄCZNIE		

** - należy zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że: (w pkt. 1,5 i 10 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę w bieżącym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) : ☐ tak - ☐ nie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku Wnioskodawca zobowiązuje się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.powiat-sredzki.pl,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto** sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, sprzęt elektroniczny, jego elementy lub oprogramowania dofinansowane ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie mogą być współfinansowane z innych środków publicznych,
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, 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie 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

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 12-15)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (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)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1do formularza wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	

8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
9.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
10.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a lub 2b do formularza wniosku)*	☐	☐	
11.	Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup wnioskowanego sprzętu / kosztu udziału we wnioskowanym szkoleniu	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	
14.		☐	☐	
15.		☐	☐	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 1

Specyfikacja zakupu WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM
Model (nazwa) wózka:
Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek		
Dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY: .....

.....

BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM

(istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem): ☐ TAK ☐ NIE

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

.....

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

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

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: ☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach .....
a także w ..... roku w ramach .....

* - *należy zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że:

(w pkt. 1,5 i 10 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę w bieżącym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) : ☐ tak - ☐ nie,
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku Wnioskodawca zobowiązuje się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.powiat-sredzki.pl,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: ☐ tak - ☐ nie,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym dofinansowany ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowany z innych środków publicznych,
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, 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 12-14)

	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)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
9.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
10.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)*	☐	☐	
11.	Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup wnioskowanego sprzętu	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.				
14.				

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

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 *(kwota w zł)*
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

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: (w pkt.1 i 7 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): ☐ tak - ☐ nie
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.powiat-sredzki.pl,
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 **byłem(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 (wiersze 11-13)

	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)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
8.	Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup wnioskowanego sprzętu / kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu	☐	☐	
9.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
10.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
12.		☐	☐	
13.				

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:	PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:
☐ w zakresie ręki	☐ na poziomie podudzia
☐ przedramienia	☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
☐ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	☐ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

.....

.....

☐ NIE POSIADAM PROTEZY

☐ OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....

.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: ☐ **NIE** ☐ **TAK**

w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

Oświadczam, że: **(w pkt. 1,5, 7 i 11 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): ☐ tak - ☐ nie,
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.powiat-sredzki.pl,

5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: ☐ tak - ☐ nie,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: ☐ tak - ☐ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
9. 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,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
12. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 11-13)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
9.	Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup wnioskowanego sprzętu wraz z opisem technicznym protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	☐	☐	
10.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)*	☐	☐	

11.	Inne załączniki (należy wymienić):			
12.		☐	☐	
13.		☐	☐	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

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

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- ☐ w zakresie ręki
- ☐ przedramienia
- ☐ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA NOGI, po amputacji:

- ☐ na poziomie podudzia
- ☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- ☐ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka: .....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

.....

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?

☐ **NIE** ☐ **TAK** - w ramach (np. programu) ..... w .....r.

Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: ☐ **NIE** ☐ **TAK**, w dniu: ..... r.

Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ **NIE** ☐ **TAK**, w dniu: ..... r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

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: **(w pkt. 1,6, 8 i 11 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): ☐ tak - ☐ nie,
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pcpr.powiat-sredzki.pl, a także: www.pfron.org.pl,
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. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
8. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: ☐ tak - ☐ nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
12. 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 (wiersze 11-13)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
9.	Oferta cenowa lub faktura pro forma kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy	☐	☐	

10.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)*	☐	☐	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
12.		☐	☐	
13.		☐	☐	

Należy wypełnić w przypadku wniosku „P" dot. dofinansowania kosztów opieki dla osoby zależnej

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

Imię i nazwisko, PESEL dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
			RAZEM:		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

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: (w pkt. 1 i 9 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): ☐ tak - ☐ nie,
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.powiat-sredzki.pl ,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, koszty opieki dla osoby zależnej dofinansowane ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie mogą być współfinansowane z innych środków publicznych,
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, 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,

9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, 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 (wiersze 12-16)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	☐	☐	
6.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	☐	☐	
7.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	☐	☐	
9.	Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad osobą zależną *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku*	☐	☐	
10.	Zaświadczenie z przedszkola/żłobka o uczęszczaniu dziecka	☐	☐	
11.	Informacja dotycząca kosztów pobytu dziecka w przedszkolu/żłobku	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	
14.		☐	☐	
15.		☐	☐	
16.		☐	☐	

Należy wypełnić w przypadku wniosku „P" dot. dofinansowania kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia: ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli „TAK", poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ nauka w kolegium pracowników służb społecznych
☐ nauka w kolegium nauczycielskim	☐ nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	☐ nauka w szkole policealnej
☐ nauka na uczelni zagranicznej	☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)

Okres trwania nauki w szkole.....*(ile semestrów)* **Data rozpoczęcia nauki/studiów** .....

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym ☐ nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: ☐ tak ☐ nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: ☐ tak ☐ nie

Pełna nazwa szkoły: .....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www

Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		☐ tak ☐ nie		

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) ☐ tak ☐ nie

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne): .....**			
Opłata za naukę (czesne): .....**			
Opłata za naukę (czesne): .....**			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
Razem			

* *tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania*

** *należy wpisać kierunek studiów/nauki*

6. Informacje uzupełniające

Średnia ocen: ....., w skali: ☐ - (od 1 do 5) ☐ - innej, jakiej:.....

Przez średnią ocen należy rozumieć średnią wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (jako średnią arytmetyczną), na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny), którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń); w przypadku studentów pobierających naukę na pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia

Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ nie ☐ tak: ☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny niepełnosprawności

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* *(lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich)* **na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**

.....

numer rachunku bankowego ..... *(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*

nazwa banku .....

** lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby*

Oświadczam, że: (w pkt. 1 i 7 proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Średzkiego i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) ☐ tak - ☐ nie,
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. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wnioski zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.powiat-sredzki.pl ,
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 **byłem(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 uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie linijowy 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 (wiersze 7-12)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	☐	☐	
4.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
5.	Pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
6.	Oświadczenie pełnomocnika *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)* - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
8.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
9.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)* a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. *Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia* ***odrębny dokument*** *dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku* ***nie dotyczy*** *osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.*	☐	☐	
10.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	☐	☐	

11.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (*jeżeli tak to w jakiej wysokości*).	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	
14.		☐	☐	

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

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, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy ekspertaów (o ile dotyczy)	Data, pieczątki 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	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - 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

pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

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 wniosku
1	Osoba studiująca	60	**60**	
2	Osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej	20	**20**	
3	Osoba realizująca obowiązek szkolny, wykazująca osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)	10	**10**	
4	Osoba realizująca obowiązek szkolny, mająca miejsce zamieszkania na terenie obszaru wiejskiego	10	**10**	
5	Osoba wykazująca, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	10	**10**	
6	Osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe albo, która jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo, która w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia	10	**10**	
7	Występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	20	**20**	
8	Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe	10	**10**	
9	Osoba **nie otrzymała dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	40	**40**	
10	Osoba mająca miejsce zamieszkania na terenie obszaru wiejskiego	10	**10**	
	RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-9)	**maksymalnie 200**		.....

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 60

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

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

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

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.

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1**	☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1**
..... zł	..... zł	..... zł
☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2**
..... zł	..... zł	..... zł
☐ **Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4**	☐ **Moduł I Obszar D**
..... zł	..... zł	..... zł

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

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	..... zł

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

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	..... 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:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł	..... zł

Zwiększenie kwoty w przypadku:

- gdy z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wnioskodawcy wynika, że zostało ono wydane z więcej niż jednej przyczyny:
  - dwa symbole – **do 30%** - ..... zł
  - trzy symbole – **do 40%** - ..... zł
- studiów na kierunkach zamawianych w ramach rządowego programu kierunków zamawianych, z listy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego tj. automatyka i robotyka, biotechnologia, budownictwo, chemia, energetyka, fizyka / fizyka techniczna, informatyka, inżynieria materiałowa, inżynieria środowiskowa, matematyka, mechanika i budowa maszyn, mechatronika, ochrona środowiska, wzornictwo, inżynieria chemiczna, technologia chemiczna i procesowa – **do 50%** - ..... zł
- osiągania dobrych wyników w nauce:
  - do **25%** - dla średniej: 3,50 – 3,75 - ..... zł
  - do **30%** - dla średniej: 3,76 – 4,00 - ..... zł
  - do **35%** - dla średniej: 4,01 – 4,50 - ..... zł
  - do **40%** - dla średniej powyżej 4,50 - ..... zł
- a także:
  - osoby niewidomej – do **20%** - ..... zł
  - osoby głuchej – do **25%** - ..... zł
  - osoby głuchoniewidomej – do **30%** - ..... zł
  - osoby, której miejscem zamieszkania jest obszar wiejski – **10%** - ..... zł

Kwota dofinansowania po ewentualnych zwiększeniach:	
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.
data

.....
podpis osoby podejmującej decyzję

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

pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto 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 samodzielne 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 *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 przypisem nr 1)***:

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – ***poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą***:		x
2.		
3.		
4.		
5.		
	RAZEM	

Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł (słownie złotych:.....)
(należy wyliczyć zgodnie z przypisem 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 postawie 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.

Oświadczenie o wysokości dochodów

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).

Przypis nr 1

Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych:

Dochód - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
   - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
   - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
   - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
   - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
   - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
   - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
   - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
   - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
   - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
   - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.),
   - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w

konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszniczych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,

- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
- świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów
- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym;

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

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

Załącznik nr 2a do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" –
Moduł I Obszar B Zadanie nr 1, Obszar C Zadanie nr 1

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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 pieczątką***):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

6. Ponadto (***pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu***) - **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że:

proszę zakreślić właściwe pola	
1. Pacjent **może** poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie **ręcznym**: ☐ **tak** ☐ **nie** 2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest **niewskazane**, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych: ☐ **tak** ☐ **nie** 3. **Przeciwwskazania** do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): .... ☐ **brak przeciwwskazań**	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

(proszę zakreślić właściwe pola ☐)

☐	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
☐	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
☐	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
☐	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
☐	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
☐	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
☐	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
☐	taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
☐	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**:

..... dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza

pieczątka, nr i podpis lekarza

Załącznik nr 2b do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" –
Moduł I Obszar B Zadanie nr 1

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym do: ..... stopni

☐ w oku prawym do: ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym wynosi: .....

☐ w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia .....
(miejscowość) (data)

.....
pieczątka, nr. i podpis lekarza

Oświadczenie 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. Powiat Średzki z siedzibą w Środzie Śląskiej przy ul. Wrocławskiej 2 (administrator 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. Powiat Średzki z siedzibą w Środzie Śląskiej przy ul. Wrocławskiej 2 (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

Załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie kosztów nauki w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

Moduł II

.....

pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON (pilotażowy program „Aktywny samorząd")

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....

(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: ☐ tak ☐ nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: ☐ tak ☐ nie

Okres zaliczeniowy w szkole: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze** (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: ☐ nie ☐ tak - ze środków**:

1. ..... w wysokości:..... zł
2. ..... w wysokości:..... zł

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....** *(średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)*

Obowiązująca na uczelni **skala ocen**.....

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia semestru *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** *(dzień, miesiąc, rok)*	

**-niepotrzebne skreślić*
*** - jeżeli dotyczy*

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis:

Załącznik nr 5 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

Oświadczenie pełnomocnika osoby niepełnosprawnej

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

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(y) oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem(am) w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 6 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

Oświadczenie osoby sprawującej opiekę na osobą zależną

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą ode mnie zależną

.....
(imię i nazwisko /osoby zależnej*)

.....
(PESEL osoby zależnej*)

.....
(stopień pokrewieństwa/lub powinowactwa osoby zależnej)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)