



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Podpis pracownika:.....

program finansowany ze środków PFRON

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

WNIOSEK „O” – Moduł I, Obszar A, Zadanie 1

wypełnia Wnioskodawca w imieniu podopiecznego

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

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

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

1.1. Dane personalne Wnioskodawcy i dziecka / podopiecznego:

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka / podopiecznego

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniur.

przez data ważności dokumentur.

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

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

Dane dotyczące dziecka / podopiecznego, zwanego dalej podopiecznym:

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Płeć: kobieta mężczyzna Pełnoletni: tak nie

PESEL

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

Kod pocztowy Poczta

Miejscowość Ulica / nr

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres taki sam jak podopiecznego: tak nie:

.....

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

1.3. Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

.....

Tel.:

e-mail:

.....

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

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

- inne, jakie:

.....

1.5. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego:

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji / znaczny stopień / I grupa inwalidzka
 całkowita niezdolność do pracy / umiarkowany stopień / II grupa inwalidzka
 częściowa niezdolność do pracy / lekki stopień / III grupa inwalidzka
 do 16 r. ż.

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:

- okresowo do dnia: bezterminowo

1.6. Rodzaj niepełnosprawności:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U - Upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – pęciowego |
| <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 05-R choroby narządu ruchu | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

1.7. Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

- rejestracja w PUP – (od kiedy?)

.....

- działalność gospodarcza -

Nr NIP:

- działalność rolnicza

- zatrudniony:

Nazwa firmy, adres:

.....

.....

- nie dotyczy

1.8. Obecnie podopieczny pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

- szkoła policealna
 kolegium
 studia pierwszego stopnia
 studia drugiego stopnia
 jednolite magisterskie
 studia podyplomowe / studia doktoranckie
 STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE
 nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

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

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

- Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:
tak **nie**
- Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:
tak **nie**

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania*:

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

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

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

Rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Orientacyjna cena brutto:

Wkład własny – 15%

Wnioskowana kwota dofinansowania:

4. Uzasadnienie wniosku:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Informacje uzupełniające:

Informacje podstawowe:

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

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Informacje dodatkowe:

- Nie posiadam oprzyrządowania samochodu
 Posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu:

.....
.....

Czy ‘podopieczny uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu:

- NIE TAK w roku w ramach
a także w roku w ramach

POJĘCIA:

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

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

6. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprcieszyn.ox.pl,
- w okresie ostatnich 3 lat **uzyskałam(em) / nie uzyskałam(em)*** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15 % ceny brutto),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub

brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,

7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am) / nie byłem(am)*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,

9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

* - skreślić niewłaściwe

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

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

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

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

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

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

....., **dnia**

Miejscowość, data

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....

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

.....
.....

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

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

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

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

(proszę zakreślić właściwe pola)

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

....., dnia

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

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