



Program finansowany ze środków PFRON

NR SPRAWY: PCPR.DORS.4820.

Podpis Pracownika:

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.pcprcieszyn.ox.pl w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**.

1 Dane personalne Wnioskodawcy:

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka / podopiecznego

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):

.....
.....

Dowód osobisty:

seria i numer wydany w dniur. przez

..... data ważności dokumentur.

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

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

2 Dane dotyczące dziecka / podopiecznego, zwanego dalej podopiecznym:

Imię i nazwisko:

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Pełnoletni: 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.

Telefon: E-mail:

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności:

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

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:

- okresowo do dnia: bezterminowo

Rodzaj niepełnosprawności:

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

Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

- rejestracja w PUP – (od kiedy?)
- działalność gospodarcza - Nr NIP:
- działalność rolnicza,
- zatrudniony:
Nazwa firmy, adres:
-
- nie dotyczy

Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna | <input type="checkbox"/> kolegium | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia | <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE | |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |

3 Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie?

tak nie

Zadanie ustawowe lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Kwota przyznana	Rok rozliczenia
Razem kwota przyznana		

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

4 Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU (W PRZYPADKU OBSZARU A ZADANIE 1) – 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:

Dane rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

numer rachunku bankowego

nazwa banku

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 ZADANIE NR 1) – 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 Uzasadnienie wniosku:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 Informacje

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (00-828), przy ul. Jana Pawła II 13.
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie **przetwarza dane osobowe w celu** prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oraz archiwizacji dokumentów.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, **dane osobowe będą udostępniane PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.** Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. **Podane dane osobowe są przetwarzane** na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługuje prawo do:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, **przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach prawa, a ich nie podanie skutkować będzie negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

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"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia
<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

8 Załączniki do wniosku

TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		Załącznik nr 1 - Oświadczenia do wniosku – Sporządzone wg wzoru
		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 - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		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 - dotyczy Zadania nr 1 - w przypadku, gdy podstawa wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-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 (sporządzone wg wzoru określonego we wniosku)
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 - w przypadku osób zatrudnionych,
		Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych
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.

.....
data, pieczęć i podpis pracownika