

Data wpływu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „M-I”**  
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**  
**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**

**Obszar A – Zadanie nr 4**

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu

**Część A**

**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>                         | <input type="checkbox"/> w swoim imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic dziecka<br><input type="checkbox"/> jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego |  |
| <b>Imię:</b>  |  |  |
| <b>Drugie imię:</b>   |  |  |
| <b>Nazwisko:</b>  |  |  |
| <b>Imię ojca:</b>   |  |  |
| <b>PESEL:</b>   |  |  |
| <b>Data urodzenia:</b>                                      |  |  |
| <b>Płeć:</b>  | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna  |  |
| <b>Dowód osobisty</b><br>(wypełnić w przypadku braku PESEL) | <b>Seria:</b>  |  |
|   | <b>Numer:</b>  |  |
|   | <b>Wydany przez:</b>   |  |
|   | <b>Data wydania:</b>   |  |
|   | <b>Data ważności:</b>  |  |
| <b>Stan cywilny:</b>  | <input type="checkbox"/> wolna/y<br><input type="checkbox"/> zamężna/zonaty  |  |
| <b>Gospodarstwo domowe:</b>                                 | <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna)<br><input type="checkbox"/> wspólne   |  |
| <b>Nr telefonu:</b>   |  |  |
| <b>Adres e-mail:</b>  |  |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Województwo:</b>  |  |
| <b>Powiat:</b>       |  |
| <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Nr domu:</b>      |  |
| <b>Nr lokalu:</b>    |  |
| <b>Miejscowość:</b>  |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  |
| <b>Poczta:</b>       |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Rodzaj miejscowości:</b>                              | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>                                |  |
| <input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania |  |
| <b>Ulica:</b>  |  |
| <b>Nr domu:</b>  |  |
| <b>Nr lokalu:</b>  |  |
| <b>Miejscowość:</b>                                      |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>                                     |  |
| <b>Poczta:</b>   |  |

|   |   |
|---|---|
| <b>DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO</b>                           |   |
| <input type="checkbox"/> Nie dotyczy                        |   |
| <b>Imię:</b>  |   |
| <b>Drugie imię:</b>   |   |
| <b>Nazwisko:</b>  |   |
| <b>PESEL:</b>   |   |
| <b>Data urodzenia:</b>                                      |   |
| <b>Płeć:</b>  | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| <b>Pełnoletni:</b>  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie           |
| <b>Dowód osobisty</b><br>(wypełnić w przypadku braku PESEL) | <b>Seria:</b>   |
|   | <b>Numer:</b>   |
|   | <b>Wydany przez:</b>  |
|   | <b>Data wydania:</b>  |
|   | <b>Data ważności:</b>   |

|   |   |
|---|---|
| <b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO</b>                               |   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| <b>Niezdolność:</b>   | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>                                     | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| <b>Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:</b>   | <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:<br><input type="checkbox"/> bezterminowo   |
| <b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu w zakresie:<br><input type="checkbox"/> <b>obu</b> kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> <b>obu</b> kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> <b>jednej</b> kończyny dolnej   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>jednej</b> kończyny górnej<br><input type="checkbox"/> <b>innym</b> , jakim: .....  |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie:  ręcznym  elektrycznym

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie:  ręcznym  elektrycznym

04-O – narząd wzroku  
 osoba niewidoma  
 osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

01-U – upośledzenie umysłowe  
 02-P – choroby psychiczne  
 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  
 osoba głucha  
 osoba głuchoniema  
 06-E – epilepsja  
 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  
 08-T – choroby układu pokarmowego  
 09-M – choroby układu moczowo-płciowego  
 10-N – choroby neurologiczne  
 11-I – inne  
 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo<br><input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy) |  | <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy<br><input type="checkbox"/> działalność gospodarcza<br><input type="checkbox"/> działalność rolnicza<br><input type="checkbox"/> zatrudniony   |  |
| <b>Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)</b>   | <b>Zatrudniony od dnia:</b>              |   |  |
|  | <b>Okres zatrudnienia:</b>               | <input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia:<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony<br><input type="checkbox"/> inny, jaki:   |  |
|  | <b>Forma zatrudnienia:</b>               | <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy |  |
|  | <b>Nazwa pracodawcy:</b>                 |   |  |
|  | <b>Adres pracodawcy:</b>                 |   |  |
|  | <b>Telefon kontaktowy do pracodawcy:</b> |   |  |

### OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> przedszkole<br><input type="checkbox"/> szkoła podstawowa<br><input type="checkbox"/> gimnazjum<br><input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa<br><input type="checkbox"/> liceum<br><input type="checkbox"/> technikum |  | <input type="checkbox"/> szkoła policealna<br><input type="checkbox"/> kolegium<br><input type="checkbox"/> studia doktoranckie<br><input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)<br><input type="checkbox"/> studia podyplomowe<br><input type="checkbox"/> inna, jaka: |  |
|--|--|---|--|

### NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Nazwa placówki:</b> |  |
| <b>Ulica:</b>          |  |
| <b>Nr domu:</b>        |  |
| <b>Nr lokalu:</b>      |  |
| <b>Miejscowość:</b>    |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Począta:</b>  |  |
| <b>Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:</b>   |  |
| <b>Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):</b> |  |

## 2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

| <b>Czy Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?</b> |  |             |                     |                    | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
|---|--|-------------|---------------------|--------------------|---|--|
| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)   | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Numer umowy | Data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Wysokość dofinansowania                                   |  |
|   |  |             |                     |                    |   |  |
|   |  |             |                     |                    |   |  |
|   |  |             |                     |                    |   |  |
|   |  |             |                     |                    |   |  |
|   |  |             |                     |                    |   |  |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>   |  |             |                     |                    |   |  |
| <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>   |  |             |                     |                    | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>  |  |             |                     |                    | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:</b>  |  |             |                     |                    |   |  |
| <u>Uwaga!</u> Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął  |  |             |                     |                    |   |  |
|   |  |             |                     |                    |   |  |

## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

Uwaga! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku.

|   |  |
|---|--|
| 1. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR, MOPR lub bezpośrednio w PFRON)?   | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| 2. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)   |  |
| 3. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego?) |  |
| 4. Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy/ dziecka/podopiecznego?   | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> tak (proszę opisać) |
| 5. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznemu rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od posiadanego?  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| 6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu wejście na rynek pracy?  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy                    |

|  |   |
|--|---|
| 7. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.                                      | <input type="checkbox"/> tak , 2 przyczyny niepełnosprawności<br><input type="checkbox"/> tak, 3 przyczyny niepełnosprawności<br><input type="checkbox"/> nie |
| 8. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.                   | <input type="checkbox"/> tak – 1 osoba<br><input type="checkbox"/> tak – więcej niż 1 osoba<br><input type="checkbox"/> nie                                   |
| 9. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, Żle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji. | <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać)<br><input type="checkbox"/> nie  |
| 10. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?   | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| 11. Czy w roku 2018 lub w 2019 Wnioskodawca/dziecko/podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?  | <input type="checkbox"/> tak, jeśli tak, jakiego<br><input type="checkbox"/> nie  |

#### 4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 4

| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)  | Orientacyjna cena brutto (kwota w zł) |
|---|---------------------------------------|
| Wyposażenie/technologie, sprzęty i urządzenia, montowane fabrycznie lub dodatkowo w samochodzie:  |                                       |
| Inne m.in. mobilne sprzęty i urządzenia (a także technologie i oprogramowanie), które umożliwiają użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją słuchu, w tym wspomagające poprawną komunikację z osobą niesłyszącą (komunikator, tablet ze specjalnym oprogramowaniem), sygnalizatory i aplikacje, z wyłączeniem aparatów słuchowych: |                                       |
| <b>Razem:</b>   |                                       |

#### 5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

| Planowany (orientacyjny) koszt zakupu/usługi (cena brutto) razem z pkt 4 – w zł | Udział własny (w zł brutto)- stanowiący co najmniej 15% ceny brutto zakupu/usługi | Wysokość kwoty wnioskowanej (w zł brutto) |
|---|---|---|
|   |   |   |

#### 6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

|   |            |   |  |
|---|------------|---|--|
| <b>Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:</b>   |            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| Marka:  | Rok prod.: | Nr rejestr.:  |  |
| <b>Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):</b>  |            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| Marka:  | Rok prod.: | Nr rejestr.:  |  |
| <b>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:</b> |            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| Stopień pokrewieństwa:  |            |   |  |
| Marka:  | Rok prod.: | Nr rejestr.:  |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Posiadam oprzyrządowanie samochodu (jeśli tak, proszę podać jakie):</b>           |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
|  |  |   |
| <b>Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu:</b> |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| W roku:  |  | W ramach:   |
| W roku:  |  | W ramach:   |

| <b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY</b>  |  |
|--|--|
| na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) |  |
| <b>Numer rachunku bankowego:</b>   |  |
| <b>Nazwa banku</b>   |  |

| <b>OŚWIADCZENIA</b>  |
|--|
| <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>świadoma/ły odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu karnego w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,</li> <li>zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,</li> <li>zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: <a href="http://www.pfron.org.pl">www.pfron.org.pl</a>, <a href="http://www.kwidzyn.epcpr.pl">www.kwidzyn.epcpr.pl</a>,</li> <li>nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON tj. pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie,</li> <li>nie otrzymałam(em) w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy,</li> <li>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,</li> <li>w okresie ostatnich 3 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON na ten sam cel, w tym za pośrednictwem innego powiatu: <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie,</li> <li><b>posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (w zależności od przyznanej pomocy finansowej co najmniej na poziomie 15% ceny brutto zakupu/usługi),</b></li> <li>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,</li> <li>w ciągu ostatnich 3 lat byłam/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie,</li> <li>w przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON dostarczę w wyznaczonym terminie pisemną informację, przygotowaną zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającą stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,</li> <li>posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie,</li> <li>zapoznałam/em się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie – udostępnił: <ul style="list-style-type: none"> <li>- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie,</li> <li>- na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie <a href="http://kwidzyn.epcpr.pl">http://kwidzyn.epcpr.pl</a></li> <li>- w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie.</li> </ul> </li> </ol> |

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.

|             |       |                     |
|-------------|-------|---------------------|
| .....       | ..... | .....               |
| Miejscowość | Data  | Podpis Wnioskodawcy |

## 7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

| Nazwa załącznika |   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (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)- (oryginał do wglądu)   |   |             |                         |
| 2                | Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)   |   |             |                         |
| 3                | W przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu (ubytek słuchu powyżej 70 decybeli), która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2f do wniosku) lub odpowiedni dokument potwierdzający ten stan |   |             |                         |
| 4                | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)   |   |             |                         |
| 5                | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej  |   |             |                         |
| 6                | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym- w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), w imieniu której występuje opiekun prawny  |   |             |                         |
| 7                | Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 4 do formularza wniosku   |   |             |                         |
| 8                | Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/dzieckiem/podopiecznym (jeśli dotyczy)  |   |             |                         |
| 9                | Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie samochodu np. dowodu rejestracyjnego. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych (niemontowanych na stałe)- np. umowa użytkowania samochodu itp.  |   |             |                         |
| 10               | W przypadku Wnioskodawców/ podopiecznych, którzy są zatrudnieni- zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie   |   |             |                         |
| 11               | W przypadku Wnioskodawców/ podopiecznych, którzy się uczą- zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki  |   |             |                         |
| 12               | Dowód osobisty do wglądu  |   |             |                         |
| 13               | Podstawa kalkulacji kosztów, zakupu przedmiotu dofinansowania – oferta cenowa np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa)   |   |             |                         |
| 14               | W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję   |   |             |                         |
| 15               | Zgoda współwłaściciela pojazdu na wykonanie wnioskowanych prac- montaż stałych elementów w samochodzie  |   |             |                         |
| 16               | Inne załączniki (należy wymienić)   |   |             |                         |

## Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

### WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

| Lp.   | Warunki weryfikacji formalnej  | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)          |                          |       |
|---|--|---|--------------------------|-------|
|   |  | Tak   | Nie                      | Uwagi |
| 1.  | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| 2.  | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| 3.  | Zgłoszony we wniosku przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| 4.  | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| 5.  | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| 6.  | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| 7.  | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>                                  |  | <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna |                          |       |
| <b>Data weryfikacji formalnej wniosku:</b>                            |  |   |                          |       |
| <b>Wniosek kompletny w dniu przyjęcia</b>                             |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie             |                          |       |
| <b>Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:.....</b> |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie             |                          |       |

|   |  |
|---|--|
| <b>Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej:</b>           |  |
| <b>Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej</b> |  |

### DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>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,</li> <li>nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.</li> </ol> <p>Zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,</li> <li>spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,</li> <li>niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,</li> <li>zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.</li> </ul> |   |   |  |
| <i>Data, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:</i>  | <i>Data, pieczęćki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie</i> | <i>Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)</i> | <i>Data, pieczęćki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracownika/ów obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)</i> |
|  |   |   |  |



## WERYFIKACJA MERYTORYCZNA WNIOSKU

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała |  | Liczba punktów   | Maksymalna liczba punktów | Punktacja |
|--|--|--|---------------------------|-----------|
| <b>1.</b>                                | <b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności Wnioskodawcy lub podopiecznego:</b>   |  |                           |           |
| a)                                       | stopień niepełnosprawności (osoba dorosła) (jeden stopień do wyboru)   | znaczny lub równoważne, osoby do 16 roku życia   | 12                        | 28        |
|  |  | umiarkowany lub równoważne   | 6                         |           |
| b)                                       | osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub osoba niewidoma lub osoba głucha  |  | 4                         |           |
|  |  | osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych, osoby niedowidzące, osoby niedosłyszące | 3                         |           |
| c)                                       | osoba poruszająca się na skuterze/ wózku inwalidzkim lub osoby głuchonieme lub osoby głuchoniewidome   | 10   |                           |           |
| d)                                       | osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)  | 2  |                           |           |
| <b>2.</b>                                | <b>Aktywność zawodowa Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:</b>  |  |                           |           |
| a)                                       | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)  | 40   | 40                        |           |
| b)                                       | Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu  | 5  |                           |           |
| <b>3.</b>                                | <b>Aktualnie realizowany etap kształcenia Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:</b>  |  |                           |           |
| a)                                       | osoba rozpoczynająca/kontynuująca studia   | 7  | 7                         |           |
| b)                                       | osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub ponadpodstawowej  | 5  |                           |           |
| c)                                       | osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum   | 5  |                           |           |
| <b>4.</b>                                | <b>Inne kryteria dotyczące Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:</b>   |  |                           |           |
| a)                                       | Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (pkt. 3.1 wniosku)   | 3  | 15                        |           |
| b)                                       | Wnioskodawca nie uzyskał żadnej pomocy ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania w ciągu ostatnich 3 lat (pkt. 2 wniosku)  | 3  |                           |           |
| c)                                       | Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje   | 2  |                           |           |
| d)                                       | Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu (pkt.3.10 wniosku)  | 2  |                           |           |
| e)                                       | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)   | - w przypadku jednej osoby   |                           | 1         |
|  |  | - w przypadku więcej niż jedna osoba   |                           | 2         |
| f)                                       | uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz – jeśli dotyczy- uzasadnienie wyboru danego sprzętu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu (pkt 3.2, 3.3 wniosku)   | 2  |                           |           |
| g)                                       | uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (pkt. 3.4 wniosku) | 2  |                           |           |
| h)                                       | szczególne trudnienia Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego (pkt 3.9 wniosku)   | 1  |                           |           |
| <b>5</b>                                 | Osoba poszkodowana w roku 2018 lub w 2019 w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (pkt. 3.11 wniosku)   | 10   |                           | 10        |
| <b>Razem ocena wniosku:</b>              |  | <b>Maksymalnie 100</b>   |                           |           |

|  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <i>Pieczętka imienna, data, podpis pracownika/ów dokonującego oceny merytorycznej wniosku:</i> | Liczba uzyskanych punktów ogółem: | Proponowana kwota dofinansowania (ustalona na podstawie dotychczas przedłożonych dokumentów): |
|  |                                   |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):</b> |  |
|---|--|

| OPINIA EKSPERTA   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna | <i>Data i czytelny podpis eksperta:</i> |
|   |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:</b> |  |
|---|--|

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

### 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.

pozytywna     negatywna

### PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

**Obszar A – Zadanie nr 4:**

|  |
|--|
|  |
|--|

### UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

|  |
|--|
|  |
|--|

|               |  |
|---------------|--|
| .....<br>Data | .....<br>Podpis osoby podejmującej decyzję |
|---------------|--|