



WNIOSEK Moduł I, Obszar A – Zadanie nr 1

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania 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. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)**

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do.....

PESEL

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny:

email (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. 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

- NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
 obu kończyn górnych
 jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych
 jednej kończyny dolnej
 innym
 Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:
 Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:
 Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

- NARZĄD WZROKU 04-O**
 osoba niewidoma
 osoba głuchoniewidoma

- INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia jakie?:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

- niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y, zarejestrowany w PUP, od dnia.....
 poszukująca/y pracy, zarejestrowany w PUP, od dnia..... nie dotyczy

- zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:
 na czas nieokreślony inny, jaki:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

- działalność gospodarcza**

Nr NIP:

- na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

- inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

- działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> INNA, jaka: |
| <input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz 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 |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR/MCPR/Oddział PFRON? | | | | | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--------------------------------|--------------------|---|------------------------------|
| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Wysokość przyznanego dofinansowania (w zł) | |
| | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | |

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:

.....

Uwaga! 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** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| <p>1) Uzasadnienie wniosku. Proszę uzasadnić wybór przedmiotu dofinansowania, w odniesieniu do swojej sytuacji społecznej, zawodowej, edukacyjnej.</p> <p>A) Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskanie dofinansowania.</p> <p>B) Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania.</p> <p>W przypadku powtórnego ubiegania się o dofinansowanie proszę uzasadnić potrzebę.</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> |
| <p>3) 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 dofinansowania w MCPR)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>5) W którym roku Wnioskodawca ostatnio otrzymał pomoc na wnioskowane przedmioty?</p> | |
| <p>6) Czy Wnioskodawca w 2017 lub 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p> | |

| | |
|--|--|
| 7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. | <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie </div> |
|--|--|

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | |
| <input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik | |
| <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: | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| <input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.). |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> 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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Miasta Zamość 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. 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: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mcpr.zamosc.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak, nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 15% ceny brutto),
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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: 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, 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
.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| | | |
|----|--|--|
| 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 (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>) | |
| 3. | Oświadczenie 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 | |
| 4. | Inne załączniki (należy wymienić): | |
| 5. | | |
| 6. | | |