

ZARZĄDZENIE NR 15/2019
STAROSTY POWIATU KOZIENICKIEGO

z dnia 9 maja 2019 r.

zmieniające Zarządzenie w sprawie zasad przyznawania dofinansowania w 2019 roku ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu "Aktywny Samorząd" w Powiecie Koziennickim

Na podstawie Umowy nr AS3/000052/07/D z dnia 07 maja 2018 r. w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zawartej pomiędzy Powiatem Koziennickim a Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 roku oraz uchwały nr 14/2014 z dnia 21 lutego 2014 roku zmienionej uchwałą nr 16/2019 Zarządu PFRON z dnia 5 marca 2019 roku – zarządza się, co następuje:

§ 1.

W Zarządzeniu nr 7/2019 z dnia 12 marca 2019 roku w sprawie zasad przyznawania dofinansowania w 2019 roku ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu "Aktywny Samorząd" w Powiecie Koziennickim wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie jak załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia;
- 2) załącznik nr 2 otrzymuje brzmienie jak załącznik nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Starosta Powiatu
Koziennickiego

Andrzej Jung

ZASADY PRYZNAWANIA DOFINANSOWAŃ W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD” w 2019 r. w Powiecie Kozienskim

Na podstawie Umowy nr AS3/000052/07/D z dnia 07.05.2018 r. w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” pomiędzy Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a Powiatem Kozienskim oraz Uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r. oraz Uchwały nr 16/2019 z dnia 5 marca 2019r. - zarządza się, co następuje:

§ 1

Ogólne postanowienia programu

1. Moduły programu, które będą realizowane w 2019 r.:

1. Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową:

1) Obszar A – likwidacja bariery transportowej:

- a) Zadanie 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu,
- b) Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu,
- c) Zadanie 3 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego,
- d) Zadanie 4 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu.

2) Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:

- a) Zadanie 1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych,
- b) Zadanie 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
- c) Zadanie 3 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku,
- d) Zadanie 4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,

- e) Zadanie 5 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- 3) Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:
- f) Zadanie 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- g) Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości, adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności,
- h) Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości), adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności,
- i) Zadanie 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania.
- 4) Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką), adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, którzy są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka.
2. Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym, adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, pobierających naukę w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium, a także do osób mających przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.
2. Z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511, 1000, 1076, 1925, 2192, 2354), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
3. Maksymalna kwota dofinansowania w tym refundacji w zadaniach, które ją przewidują w ramach modułu I wynosi, w przypadku:
- 1) **Obszaru A:**
- a) w Zadaniu nr 1 – 10.000 zł,
- b) w Zadaniu nr 2 lub 3 – 4.800 zł, w tym:
- dla kosztów kursu i egzaminów kategorii B – 2.100 zł,
 - dla kosztów kursu i egzaminów pozostałych kategorii – 3.500 zł,
 - dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 800 zł,
 - dla kosztów usług tłumacza migowego – 500 zł,

- c) w Zadaniu 4 – 4.000 zł.
- 2) **Obszaru B:**
- a) w Zadaniu nr 1:
- dla osoby niewidomej – 24.000 zł, z czego na urządzenia brajlowskie 15.000 zł,
 - dla pozostałych osób z dysfunkcją narządu wzroku – 9.000 zł,
 - dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych – 5.000 zł,
- b) w Zadaniu nr 2:
- dla osoby głuchoniewidomej – 4.000 zł,
 - dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu – 3.000 zł,
 - dla pozostałych adresatów obszaru – 2.000 zł,
- z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w indywidualnych przypadkach, maksymalnie o 100%, wyłącznie w przypadku, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku lub słuchu wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia,
- c) w Zadaniu 3 – 6.000 zł,
- d) w Zadaniu 4 – 2.500 zł,
- e) w Zadaniu 5 – 1.500 zł.
- 3) **Obszaru C:**
- a) w Zadaniu nr 2 – 3.500 zł,
- b) w Zadaniu nr 3 dla protezy na III poziomie jakości, przy amputacji:
- w zakresie ręki – 9.000 zł,
 - przedramienia – 20.000 zł,
 - ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym – 26.000 zł,
 - na poziomie podudzia – 14.000 zł,
 - na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20.000 zł,
 - uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym – 25.000 zł,
- z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy), zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON,
- c) w Zadaniu nr 4 – do 30% kwot, o których mowa w lit. b),
- d) w Zadaniu nr 3 i nr 4 dla refundacji kosztów dojazdu beneficjenta programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z beneficjentem programu – w zależności od poniesionych kosztów, nie więcej niż 200 zł,
- e) w Zadaniu nr 5 – 5.000 zł
- 4) **Obszaru D** – 200 zł miesięcznie – tytułem kosztów opieki nad jedną (każdą) osobą zależną.
4. W ramach modułu II kwota dofinansowania kosztów nauki, dotyczących semestru/półroczna objętego dofinansowaniem, wynosi w przypadku:
- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – do 1.000 zł,
 - 2) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – do 4.000 zł,
 - 3) opłaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) - niezależnie od daty poniesienia kosztów, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 3.000 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.
5. Decyzja w sprawie wyrażenia zgody na zwiększenie kwoty dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) dla wnioskodawcy, którego przeciętny miesięczny dochód

przekracza kwotę, o której mowa w ust. 4 pkt 3) lub zwiększenia kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego, może być podjęta przez Pełnomocników Zarządu w Biurze PFRON, na podstawie wystąpienia i pozytywnej opinii właściwego realizatora programu lub Oddziału PFRON. W opinii tej realizator programu lub Oddział PFRON wskazuje w szczególności:

- 1) proponowaną wysokość dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) lub opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego,
 - 2) uzasadnienie proponowanej decyzji, w tym:
 - a) dotyczące wysokości dofinansowania, przede wszystkim ze względu na atrakcyjność kierunku nauki wybranego przez wnioskodawcę na otwartym rynku pracy,
 - b) wskazanie innych okoliczności zasługujących na indywidualne rozpatrzenie sprawy (na podstawie informacji przekazanych przez Wnioskodawcę),
 - 3) średni i najniższy, procentowy udział środków PFRON w dofinansowanych przez realizatora programu kosztach:
 - a) opłaty za naukę (czesne) w ramach wniosków wnioskodawców, których przeciętny miesięczny dochód przekracza kwotę, o której mowa w ust. 4 pkt 3),
 - b) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego, objętych pomocą ze środków PFRON w semestrze/półroczu, którego dotyczy proponowana decyzja,
 - 4) wysokość limitu środków PFRON w dyspozycji realizatora programu na dofinansowania w module II (na dzień sporządzenia opinii) wraz z informacją, czy decyzja wymaga zwiększenia tego limitu,
 - 5) wykaz analizowanych dokumentów stanowiących podstawę wydanej opinii.
6. W przypadku, gdy Wnioskodawca w module II pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów/nauki), kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 1.500 zł. jest możliwe wyłącznie w przypadku gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł. (netto) na osobę. Wymagany udział własny w kosztach opłaty za naukę (czesne) na drugim i kolejnych kierunkach wynosi co najmniej 50% kosztów opłaty, z zastrzeżeniem ust. 18 pkt 2 lit. b.
7. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia o którym mowa w ust. 4 pkt 1) może być zwiększony, nie więcej niż:
- 1) do 700 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada orzeczenie o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) lub średniej ocen uzyskanej w poprzednim roku akademickim/szkolnym (także na ostatnim etapie kształcenia na poziomie wyższym) równej lub wyższej niż 4,50,
 - 2) do 500 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
 - 3) do 300 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny,
 - 4) do 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki,
 - 5) 200 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie,
 - 6) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działań żywiołu lub innych zdarzeń losowych,
 - 7) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego.

8. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w § 1 ust. 5 nie przysługuje w przypadku, gdy wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki (nie ukończywszy jej), ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półroczu) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu.
9. Wysokość przyznanego dodatku na pokrycie kosztów kształcenia uzależniona będzie od wysokości posiadanych środków finansowych PFRON przekazanych na realizację programu w danym roku.
10. Pomoc w module II w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w ust. 4 pkt 1) i ust. 5, ma charakter progresywny i motywacyjny. Wysokość dodatku dla każdego wnioskodawcy jest uzależniona od jego postępów w nauce i wynosi:
 - 1) do 50% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym, w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – do 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku,
 - 2) do 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnym, drugim roku edukacji w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym,
 - 3) do 100% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki w kolejnych latach (od trzeciego roku) danej formy edukacji na poziomie wyższym,przy czym uczestnicy studiów II stopnia i uczestnicy studiów doktoranckich mogą otrzymać dodatek w kwocie maksymalnej na każdym etapie nauki.
11. Przekazanie dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) oraz dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego następuje po zawarciu umowy dofinansowania.
12. Przekazanie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), ust. 5 i ust. 8, następuje po przekazaniu realizatorowi programu informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półroczu objętego dofinansowaniem lub po złożeniu zaświadczenia ze szkoły/uczelni, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia, objęte planem/programem studiów/nauki.
13. Wnioskodawca, który w okresie objętym dofinansowaniem, z przyczyn innych niż niezależnych od niego (np. stan zdrowia) - nie uczęszczał na zajęcia objęte planem/programem studiów/nauki, a w przypadku przewodu doktorskiego – nie realizował przewodu doktorskiego zgodnie z przyjętym harmonogramem, zobowiązany jest do zwrotu kwoty dofinansowania kosztów nauki w tym semestrze/półroczu.
14. Dopuszczalność udzielania pomocy w ramach modułu II:
 - 1) każdy Wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym - warunek ten dotyczy także wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:
 - c) „STUDENT - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
 - d) „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,z uwzględnieniem pkt 2) i pkt 7) niniejszego ustępu,
 - 2) Wnioskodawcy, którzy do dnia złożenia wniosku uzyskali pomoc ze środków PFRON w ramach większej liczby semestrów/półroczy, niż wskazana w pkt 1), mogą uzyskać pomoc w ramach programu - do czasu ukończenia rozpoczętych form kształcenia na poziomie wyższym, jeśli są one realizowane zgodnie z planem/programem studiów i zostały rozpoczęte, gdy limit, o którym mowa w pkt 1) nie został przekroczony,

- 3) decyzja o dofinansowaniu kosztów nauki w przypadku ponownego wsparcia wcześniej dofinansowanego semestru / półrocza / roku szkolnego lub akademickiego - należy do kompetencji realizatora programu, z zastrzeżeniem pkt 4), przy czym spowolnienie toku studiów / nauki nie jest traktowane jako powtarzanie semestru,
 - 4) wypłata dofinansowania w sytuacji, o której mowa w pkt 3), jest dozwolona w ramach dopuszczalnej, łącznej liczby semestrów/ półroczy, o której mowa w pkt 1) - z zastrzeżeniem, iż może to nastąpić nie więcej niż dwa razy w ciągu trwania nauki w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym (szkoła policealna, kolegium, szkoła wyższa, przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi) i tylko jeżeli powtarzanie semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego przez wnioskodawcę następuje z przyczyn od niego niezależnych (np. stan zdrowia, likwidacja/zamknięcie kierunku),
 - 5) wnioskodawca, który w okresie objętym dofinansowaniem przekroczy limit, o którym mowa w pkt 4) (po raz trzeci nie zalicza semestru/półrocza), zobowiązany jest do zwrotu kwoty dofinansowania kosztów nauki w tym semestrze/półroczu i do czasu ukończenia nauki na rozpoczętym poziomie, nie może korzystać z pomocy w module II, z uwzględnieniem pkt 6),
 - 6) na pisemny wniosek realizatora programu, decyzję o wyrażeniu zgody na ponowne dofinansowanie kosztów nauki w przypadku wnioskodawcy, który ze względu na stan zdrowia po raz trzeci nie zalicza semestru/półrocza objętego dofinansowaniem w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, podejmują Pełnomocnicy Zarządu w Biurze PFRON; w przypadku podjęcia decyzji, zwrot kwoty dofinansowania kosztów nauki, o którym mowa w pkt 5 - nie ma zastosowania,
 - 7) limit, o którym mowa w pkt 1, nie dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie kosztów nauki w ramach studiów III stopnia, a także osób zamierzających otworzyć przewód doktorski poza studiami doktoranckimi (III stopnia).
15. W przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich, przysługuje wyłącznie dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.
16. Decyzję o wysokości pomocy dla Wnioskodawcy podejmuje realizator programu, który ustala własne sposoby różnicowania wysokości dofinansowania.
17. Wnioski w ramach modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.
18. Udział własny Wnioskodawcy jest wymagany w poniższych zadaniach:
- 1) w module I wynosi co najmniej:
 - a) 10% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru B – Zadanie nr 1, 4 i 5, Obszaru C Zadania: nr 3 i 4;
 - b) 15% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru A – Zadanie 1 i 4 oraz Obszaru D;
 - c) 25% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru A – Zadanie nr 2 i 3.
 - d) 30% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru B – Zadanie 3,
 - e) 35% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru C – Zadanie 5
 - 2) w module II – w zakresie kosztów czesnego:
 - a) 15% wartości czesnego – w przypadku przyznania dofinansowania, o którym mowa w ust. 4 pkt 3) dla zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),
 - b) 65% wartości czesnego – w przypadku przyznania dofinansowania, o którym mowa w ust. 4 dla zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków),

- z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia ww. udziału własnego w module II zwolniony jest wnioskodawca, gdy wysokość jego przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.
19. Środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON.
 20. Dokumentem potwierdzającym udzielenie pomocy ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest umowa dofinansowania zawarta pomiędzy wnioskodawcą i realizatorem programu. Data jej zawarcia jest datą udzielenia pomocy; Jednakże, jeśli w toku realizacji programu umowa dofinansowania jest zawarta w roku następującym po roku złożenia wniosku, to rokiem udzielenia pomocy jest ten rok, w którym wniosek został złożony.
 21. W 2019 roku preferowane są wnioski dotyczące osób niepełnosprawnych które:
 - a) są zatrudnione - suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 40,
 - b) w 2018 lub w 2019 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 10 maksymalnej liczby punktów możliwych do udzielenia w ramach oceny merytorycznej wniosku.
 22. Ponadto w 2019 r. w procesie rozpatrywania wniosków w Module I będą brane pod uwagę następujące kryteria:
 - 1) stopień niepełnosprawności,
 - 2) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
 - 3) rodzaj schorzenia;
 - 4) występowanie niepełnosprawności sprzężonej,
 - 5) orzeczenie – stałe lub okresowe,
 - 6) aktywność zawodowa wnioskodawcy,
 - 7) posiadane wykształcenie,
 - 8) miejsce zamieszkania,
 - 9) dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem,
 - 10) dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla Wnioskodawcy lub członków jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 3 lat z wyłączeniem dofinansowania z zakresu rehabilitacji społecznej),
 - 11) struktura gospodarstwa domowego,
 - 12) wspólne zamieszkiwanie innej osoby niepełnosprawnej,
 - 13) szczególne utrudnienia wnioskodawcy,
 - 14) kompletność wniosku w dniu przyjęcia,
 - 15) ubieganie się o dofinansowanie do wniosków rozpatrzonych odmownie z powodu niewystarczających środków w latach ubiegłych (ten sam przedmiot dofinansowania),
 - 16) Karta Dużej Rodziny.Skala punktowa (ocena merytoryczna) dla wniosków złożonych w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I w 2019 r. stanowi Załącznik nr 1 do niniejszych zasad.
 23. Refundacja kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania może dotyczyć:
 - 1) w przypadku Modułu I Obszar A: Zadanie 1 i 4, Obszar B: Zadanie 1, 3, i 4 oraz Obszar C: Zadanie 1, 3 i 5 – wyłącznie kosztów poniesionych po zawarciu umowy dofinansowania,
 - 2) w pozostałych przypadkach – także kosztów poniesionych do 180 dni przed dniem złożenia wniosku.
 - 3) w przypadku Modułu II – kosztów opłaty za naukę (czesnego) dotyczących bieżącego roku szkolnego lub akademickiego, niezależnie od daty ich poniesienia.
 24. Umowa, dotycząca refundacji, o której mowa w ust. 23 pkt 3) może być zawarta także po zakończeniu roku szkolnego lub roku akademickiego, którego dotyczy wniosek.

§ 2

Tryb składania wniosków o przyznanie dofinansowania

1. Dofinansowanie następuje na pisemny wniosek zawierający uzasadnienie wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, złożony wraz z niezbędnymi załącznikami, które potwierdzają możliwość uczestnictwa w programie. Wniosek należy złożyć do jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, właściwego dla miejsca zamieszkania wnioskodawcy.
2. Za kompletny wniosek uważa się wniosek zawierający wszystkie wymagane dane wraz z kompletem wymaganych załączników.
3. Podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej dofinansowania są informacje aktualne na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem wniosków Wnioskodawców zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych – w tym przypadku podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania dofinansowania są informacje aktualne na dzień uzupełnienia wniosku.
4. Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności - pełnomocnictwo wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 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.
5. Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
6. W przypadku, gdy Wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
7. 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 (nie dotyczy Modułu I Obszar D oraz Modułu II).
8. **Przyjmowanie wniosków rozpocznie się dnia 12 marca 2019 r. i potrwa do 31 sierpnia 2019 roku danego roku realizacji programu – dotyczy Modułu I.**
9. **Przyjmowanie wniosków w ramach Modułu II rozpocznie się dnia 12 marca 2019 r. i będzie następowało w trybie ciągłym. Ustala się dwa cykle realizacji wniosków pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnym, adekwatnie do organizacji roku akademickiego/szkolnego, wyznaczając dwa terminy zakończenia przyjmowania wniosków:**
 1. **I etap - wnioski złożone do dnia 31 marca;**
 2. **II etap - wnioski złożone do dnia 10 października.**
10. Realizator programu w terminie **do 10 dni od dnia złożenia wniosku** rozpatrzy wnioski pod względem formalnym, a w przypadku niekompletnego wniosku, informuje Wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach, brakujących dokumentach, które powinny zostać usunięte w terminie **do 7 dni od dnia odebrania wezwania** – pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia. W przypadku Modułu II Realizator programu wyznacza Wnioskodawcy **14 dniowy termin** (liczony w dniach kalendarzowych) na dostarczenie brakujących danych i/lub załączników. W uzasadnionych sytuacjach w przypadku braku możliwości uzupełnienia danych lub

dostarczenia brakujących załączników w wyznaczonym przez Realizatora terminie Wnioskodawca zobowiązany jest złożyć w siedzibie PCPR w terminie **7 dni od dnia odebrania wezwania** pisemną informację z prośbą o przesunięcie wyznaczonego terminu. Brak złożenia załącznika w wyznaczonym terminie oraz brak złożenia prośby o przesunięcie terminu skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

11. Rozpatrywanie wniosków pod względem merytorycznym dotyczy Modułu I będzie następowało w terminie **do 30 dnia miesiąca następującego po 31 sierpnia** (weryfikacja merytoryczna, wydanie opinii przez eksperta, podjęcie decyzji w sprawie przyznania dofinansowania bądź odmowie przyznania dofinansowania). W ramach Obszaru C Zadanie 3, Zadanie 4 termin może zostać wydłużony w indywidualnych przypadkach w zależności od wyznaczonej wizyty u eksperta PFRON. W terminie **14 dni od dnia podjęcia decyzji** o przyznaniu dofinansowania nastąpi przygotowanie i obustronne podpisanie umowy a w przypadku odmowy wysłanie pisma informującego o decyzji odmownej.
12. Rozpatrywanie wniosków w ramach Modułu II będzie następowało:
 1. w ramach I etapu do **08 maja 2019 r.**(wyliczenie wysokości dofinansowania, podjęcie decyzji w sprawie przyznania dofinansowania bądź odmowie przyznania dofinansowania). **W terminie 20 dni od dnia podjęcia decyzji** o przyznaniu dofinansowania bądź o odmowie przyznania dofinansowania, nastąpi przygotowanie i obustronne podpisanie umowy o przyznaniu dofinansowania lub wysłanie pisma informującego o decyzji odmownej;
 2. w ramach II etapu do **04 listopada 2019 r.** (wyliczenie wysokości dofinansowania, podjęcie decyzji w sprawie przyznania dofinansowania bądź odmowie przyznania dofinansowania). **W terminie 20 dni od dnia podjęcia decyzji** o przyznaniu dofinansowania bądź o odmowie przyznania dofinansowania, nastąpi przygotowanie i obustronne podpisanie umowy o przyznaniu dofinansowania lub wysłanie pisma informującego o decyzji odmownej;
13. W programie nie mogą uczestniczyć wnioskodawcy:
 - 1) moduł I i II którzy posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec realizatora programu,
 - 2) moduł II:
 - a) aktualnie mają przerwę w kontynuowaniu nauki i nie ponoszą kosztów nauki (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny);
 - b) stopień lekki niepełnosprawności z zastrzeżeniem §5 ust. 21.
14. Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpłynięcia do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach a w przypadku wniosków składanych drogą pocztową, datę stempla pocztowego.
15. W sprawach nieuregulowanych w programie i przez Zarząd PFRON, dotyczących trybu postępowania i zasad dofinansowania stosuje się odpowiednio przepisy określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 poz. 926) oraz ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511, 1000, 1076, 1925, 2192, 2354).
16. Realizator ma prawo podjęcia decyzji o przywróceniu wnioskodawcy określonego terminu (np. terminu złożenia wniosku lub dokumentów rozliczeniowych).

§ 3

Weryfikacja formalna i merytoryczna wniosków

1. Realizator programu weryfikuje wnioski pod względem formalnym (Moduł I, Moduł II) i merytorycznym (Moduł I). Weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosku dokonuje się na podstawie dokumentów dołączonych przez Wnioskodawcę do wniosku, danych i informacji wynikających z wniosku, posiadanych przez Realizatora i PFRON zasobów oraz ustaleń dokonanych w trakcie weryfikacji wniosku.
2. Wnioski w ramach modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.
3. Sposób Wyliczanie wysokości pomocy finansowej ze środków PFRON dla studentów w ramach realizacji Modułu II pilotażowego programu "Aktywny samorząd" określa załącznik nr 2.
4. Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika Realizatora, czy Wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie.
5. Ocenie formalnej podlega:
 - 1) spełnianie przez Wnioskodawcę/podopiecznego Wnioskodawcy wszystkich kryteriów uprawniających do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania,
 - 2) dotrzymanie przez Wnioskodawcę terminu na złożenie wniosku,
 - 3) zgodność zgłoszonego we wniosku przedmiotu dofinansowania z zasadami wskazanymi w programie,
 - 4) kompletność i poprawność danych zawartych we wniosku, zgodność wniosku oraz wymaganych załączników z wymaganiami Realizatora,
 - 5) wypełnienie wymaganych rubryk we wniosku i załącznikach do wniosku,
 - 6) zgodność reprezentacji Wnioskodawcy lub jego podopiecznego.
6. Dodatkowe wymagania w zakresie weryfikacji formalnej wniosków:
 - 1) opinia eksperta PFRON wydana w 2018 roku do wniosku, zachowuje ważność dla weryfikacji formalnej tego wniosku - do dnia 31 grudnia 2019 roku,
 - 2) zaświadczenie lekarskie złożone przez Wnioskodawcę do wniosku w 2018 roku, zachowuje ważność dla weryfikacji formalnej wniosku - do dnia 31 grudnia 2019 roku,
 - 3) Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, ale w okresie wskazanym w §1 ust. 23 zasad, warunki uczestnictwa w programie musi spełnić także, w przypadku:
 - a) modułu I Obszar A-C (w zadaniach które przewidują możliwość refundacji) -w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją,
 - b) Obszaru D i Modułu II – w okresie objętym refundacją kosztów,
 - 4) Wnioskodawca może uzupełnić wniosek o brakujące dane i/lub załączniki w terminie wskazanym przez realizatora programu; w module II realizator programu wyznacza Wnioskodawcy w tym celu co najmniej 14-dniowy termin (liczony w dniach kalendarzowych),
7. Odnośnie częstotliwości udzielania pomocy w ramach modułu I:
 - 1) Obszar A i Obszar C - Zadania 1 i 3 oraz 5 – ponowna pomoc może być udzielona po upływie 3 lata, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy oraz Obszar B, z wyłączeniem Zadania 5 – ponowna pomoc może być udzielona po upływie 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy.
Warunek dotyczy:
 - a) pomocy udzielanej w ramach wskazanych zadań,
 - b) osoby niepełnosprawnej, będącej beneficjentem pomocy,
 - c) tego samego celu pomocy, przez który należy rozumieć przedmiot dofinansowania określony ogólnie w danym zadaniu,

- 2) Obszar C – Zadania 2 i 4 oraz Obszar B Zadanie 5 – ponowna pomoc może być udzielona po zakończeniu okresu gwarancji na przedmiot/usługę wcześniej dofinansowaną.
- Warunek dotyczy:
- a) pomocy udzielanej w ramach wskazanych zadań,
 - b) osoby niepełnosprawnej, będącej beneficjentem pomocy,
 - c) gwarancji, dotyczącej przedmiotu dofinansowanego uprzednio ze środków PFRON,
- przy czym o pomoc można ubiegać się nie częściej niż jeden raz w roku kalendarzowym.
8. Odnośnie podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresów, o których mowa w §3 ust. 7 zasad, dotyczyć może ona także okresów obowiązujących w ramach innych zadań finansowanych ze środków PFRON.
 9. Wnioskodawca ubiegający się o pomoc w ramach Obszaru C Zadanie 3 i 4 zobowiązany jest dostarczyć wraz z wnioskiem dwie niezależne oferty, dotyczące przedmiotu dofinansowania,
 10. Opinia eksperta PFRON musi dodatkowo zawierać ocenę zgodności proponowanej do dofinansowania protezy (według specyfikacji) z poziomem jakości według programu.
 11. Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limicie środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu.
 - 1) W związku z tym zastosowanie będzie miał punktowy system oceny wniosków z:
 - a) maksymalnym próg punktowy – 100 punktów,
 - b) minimalny próg punktowy – 10 punktów – umożliwiający bieżące udzielenie dofinansowania.
 - 2) Ocenione merytorycznie wnioski szeregowane są na liście rankingowej według kolejności wynikającej z uzyskanej oceny (liczby punktów).
 - 3) Udzielenie dofinansowania Wnioskodawcom, których wnioski uzyskały ocenę poniżej ustalonego przez Realizatora programu minimalnego progu punktowego, uzależnione będzie od możliwości wynikających z wysokości ostatecznej puli środków PFRON przekazanych realizatorowi programu.
 12. W przypadku wniosku, który w trakcie jego oceny nasuwa wątpliwości co do możliwości pozytywnej weryfikacji pod względem kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności adresata programu lub co do celowości wnioskowanego dofinansowania, do podjęcia pozytywnej decyzji wymagana jest pozytywna opinia wydana przez eksperta – lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności adresata programu.
 13. Dodatkowe wymagania w zakresie weryfikacji merytorycznej wniosków w ramach modułu I:
 - 1) ekspertem o którym mowa w ust. 12 nie może być osoba, która aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, była przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
 - 2) w celu rzetelnej oceny wniosku, ekspert, o którym mowa w pkt 1, powinien potwierdzić stan faktyczny związany z dysfunkcją i potrzebą wyposażenia potencjalnego beneficjenta pomocy we wnioskowany przedmiot dofinansowania, o ile to możliwe z uwagi na sytuację zdrowotną osoby niepełnosprawnej – w trakcie konsultacji z udziałem potencjalnego beneficjenta pomocy,
 14. Wniosek Wnioskodawcy, któremu odmówiono przyznania środków finansowych w wyniku uchybień ze strony Realizatora przy weryfikacji formalnej wniosku, podlega dalszemu rozpatrzeniu.
 15. Wnioski Wnioskodawców będących pracownikami Realizatora mogą być zrealizowane tylko w takim przypadku, gdy zgodność oceny formalnej oraz o ile dotyczy -

merytorycznej wniosku, z zasadami przyjętymi przez Realizatora, zostanie potwierdzona przez właściwy terytorialnie Oddział PFRON. Powyższy tryb dotyczy także innych sytuacji budzących wątpliwość co do bezstronności Realizatora. O konieczności zastosowania wskazanego trybu, rozstrzyga Oddział PFRON na podstawie zgłoszenia Realizatora.

§ 4

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

1. Decyzję o przyznaniu bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje Realizator, zgodnie z posiadanym doświadczeniem i wiedzą oraz na podstawie zasad określonych w programie i dokumencie dotyczącym kierunków działań programu oraz warunków brzegowych obowiązujących Realizatorów programu w danym roku.
2. Decyzję w sprawie wysokości dofinansowania dla Wnioskodawcy podejmuje Realizator, z zastrzeżeniem §4 ust. 3
3. Kwota dofinansowania nie może przekroczyć:
 - 1) maksymalnej kwoty dofinansowania, określonej przez PFRON dla danego przedmiotu dofinansowania,
 - 2) wysokości określonego przez PFRON udziału środków finansowych PFRON w dofinansowanym zakupie lub kosztach usługi (o ile dotyczy),
 - 3) kwoty wnioskowanej przez wnioskodawcę.
4. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.
5. W ramach Modułu II:
 - 1) dofinansowanie opłaty za naukę (czesne) oraz opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego ma charakter obligatoryjny,
 - 2) decyzja w sprawie udzielenia i wysokości dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, należy do kompetencji Realizatora,
 - 3) aby wsparciem objąć wszystkich Wnioskodawców, których wnioski zostały pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym, Realizator ma prawo obniżyć zakres i wysokość dofinansowania do poziomu, jaki wynika z wysokości kwot wnioskowanych we wszystkich wnioskach (zapotrzebowania) i kwoty przeznaczonej na realizację programu.
6. Decyzja o przyznaniu dofinansowania zawarta w odpowiedniej rubryce formularza wniosku jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.
7. Kwota dofinansowania może być ustalana w pełnych złotych, natomiast rozliczenia dokonuje się bez zaokrągleń.
8. W przypadku przyznania dofinansowania, realizacja następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Realizatorem i Wnioskodawcą.
9. Wypłata kwoty dofinansowania, dotyczącej kosztów nauki pokrywanych w ramach I transzy środków finansowych PFRON przekazanych na realizację Modułu II, następuje nie później niż do dnia 31 maja każdego roku realizacji programu.
10. Każdorazowo podstawą przyznania dofinansowania przez Realizatora jest posiadanie środków finansowych przekazanych przez PFRON na ten cel.
11. W sytuacji, gdy limit środków finansowych przekazany Realizatorowi programu przez PFRON nie umożliwia udzielenia dofinansowania wszystkim Wnioskodawcom z równorzędną oceną wniosku, o przyznaniu dofinansowania decyduje:
 - 1) stopień niepełnosprawności potencjalnego beneficjenta pomocy w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski dotyczące osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności a w dalszej kolejności, gdy reguła postępowania wyrażona w pkt 1) nie prowadzi do wyboru wniosku do dofinansowania:

- 2) wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy, w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski wnioskodawców, których dochód jest najniższy.

§ 5

Umowa dofinansowania i jej rozliczenie

1. Szczegółowe warunki realizacji dofinansowania zostaną określone w indywidualnych umowach zawieranych z Wnioskodawcami w każdym obszarze realizacji programu.
2. Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez Wnioskodawcę lub jego podopiecznego warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.
3. Przekazanie przyznanych środków finansowych następuje:
 - 1) na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu / usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
lub
 - 2) na wskazany rachunek bankowy wnioskodawcy - do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanie terminu i sposobu rozliczenia przekazanych środków), co dotyczyć może wyłącznie:
 - a) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 2, Obszar B - Zadanie nr 2, Obszar C - Zadanie nr 2 i nr 4, Obszar D,
 - b) Modułu II.
- 3a. W przypadku transakcji na odległość (zakupy w sieci/sprzedaż internetowa), dokonanej przez wnioskodawcę z własnych środków w ramach Modułu I: Obszar A- Zadanie nr 1 i nr 4, Obszar B –Zadanie nr 1, nr3, nr 4 oraz Obszar C-Zadanie nr 1 i nr 5, zwrot dokonanej zapłaty –do wysokości przyznanych środków, następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy, jeżeli:
 - 1) zapłata została dokonana przez Wnioskodawcę po dacie zawarcia umowy dofinansowania,
 - 2) Wnioskodawca przedłożył fakturę VAT wraz z dowodem dokonania zapłaty(odrębny dowód uiszczenia zapłaty jest wskazany w przypadku, gdy fakt uiszczenia zapłaty przelewem/kartą /za pobraniem, nie zostanie stwierdzony na fakturze),
 - 3) od transakcji, której dotyczy zwrot zapłaty, upłynęło co najmniej 14 dni kalendarzowych,
 - 4) Wnioskodawca potwierdził odbiór przedmiotu dofinansowania zgodny z warunkami umowy dofinansowania.
- 3b. W przypadkach, o których mowa w ust. 3 pkt 2 Realizator, w zależności od posiadanych możliwości, może wyrazić zgodę na przekazanie środków w inny, uzgodniony z Wnioskodawcą sposób(przekazem pocztowym lub w kasie urzędu albo wypłata gotówki w banku wskazanym przez Realizatora), jeżeli Wnioskodawca nie posiada rachunku bankowego.
4. Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy wyłącznie do Wnioskodawcy.
5. Faktury VAT (lub inne dowody księgowe, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe np.: potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię, szkołę, przedszkole lub żłobek) przedłożone w celu rozliczenia dofinansowania, muszą być sprawdzone przez Realizatora pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym oraz opatrzone klauzulą: **„opłacono ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w kwocie: - umowa nr: ...”**. Faktura VAT (lub inny dowód księgowy, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) przedstawiona przez wnioskodawcę do dofinansowania w ramach programu, może

- obejmować wyłącznie te pozycje/elementy (koszty), które są dofinansowane ze środków PFRON w ramach zawartej umowy dofinansowania.
6. W przypadku, gdy Wnioskodawca przedłoży dokumenty rozliczeniowe wystawione w języku innym niż język polski, w których walutą rozliczeniową jest waluta inna niż polski złoty (PLN), zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego (PFRON nie refunduje kosztów związanych z tłumaczeniem tych dokumentów). Płatność przez Realizatora kwoty dofinansowania może nastąpić wówczas według kursu sprzedaży danej waluty w Banku Gospodarstwa Krajowego z dnia dokonania płatności.
 7. Zwrotowi, na wskazany przez Realizatora rachunek bankowy, podlega:
 - kwota dofinansowania przekazana na rachunek bankowy Wnioskodawcy w części, która nie została uznana przez Realizatora podczas rozliczenia przyznanego dofinansowania (w przypadku wykorzystania całości lub części dofinansowania niezgodnie z przeznaczeniem/zawartą umową), wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora na rachunek bankowy Wnioskodawcy – w terminie wskazanym w skierowanej do Wnioskodawcy pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej części dofinansowania (wezwanie do zapłaty),
 - 1) część dofinansowania niewykorzystana przez Wnioskodawcę – w terminie wskazanym przez Realizatora w umowie dofinansowania.
 8. Zwrot środków finansowych w terminie późniejszym niż określony zgodnie z ust. 6 pkt b), powoduje naliczenie odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.
 9. Odsetek, o których mowa w ust. 7 nie nalicza się w przypadku gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od wnioskodawcy.
 10. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu lub wykonania usług przed zawarciem przez wnioskodawcę umowy z Realizatorem, z wyłączeniem przypadków uwzględniających możliwość refundacji kosztów.
 11. Umowa dofinansowania może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym w przypadku:
 - 1) niewykonania przez Wnioskodawcę zobowiązań określonych w umowie, a w szczególności: nieterminowego wykonywania umowy, wykorzystania przekazanego dofinansowania na inne cele niż określone w umowie,
 - 2) złożenia we wniosku lub w umowie dofinansowania oświadczeń niezgodnych z rzeczywistym stanem,
 - 3) odmowy poddania się kontroli przeprowadzanej przez Realizatora i/lub PFRON.
 12. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn określonych w ust. 10, Wnioskodawca zobowiązany jest do zwrotu kwoty przekazanej przez Realizatora, z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia wykonania przez Realizatora płatności tych środków do dnia uregulowania całości włącznie – w terminie określonym w informacji o rozwiązaniu umowy.
 13. Jeżeli Realizator podejmie kroki w kierunku odzyskania udzielonego dofinansowania, zobowiązany będzie do:
 - 1) rozwiązania umowy dofinansowania ze wskazaniem powodu rozwiązania,
 - 2) określenia wysokości roszczenia, przy czym w sytuacjach, o których mowa w art. 49e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), poprzez wydanie decyzji nakazującej zwrot wypłaconych środków,
 - 3) wyznaczenia terminu zwrotu dofinansowania wraz z odsetkami,
 - 4) wysłania wypowiedzenia listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres beneficjenta pomocy ustalony w umowie dofinansowania.

14. Zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.
15. Umowa dofinansowania wygasa w przypadku śmierci beneficjenta pomocy oraz wskutek wypełnienia przez Realizatora i Wnioskodawcę zobowiązań wynikających z umowy. Umowę zawiera się na czas określony:
 - 1) w przypadku **Modułu I: Obszar B, zadania nr:1-4** – na pięć lat, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
 - 2) w przypadku **Modułu I: Obszar A, Obszar C –zadanie nr 1, zadanie nr 3 i zadanie nr 5-** na trzy lata, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
 - 3) w przypadku **Modułu I: Obszar B zadanie nr 5, Obszar C zadanie nr 2 i zadanie nr 4** do czasu upływu okresu gwarancji udzielonej na przedmiot/usługę wcześniej dofinansowaną,
 - 4) w pozostałych przypadkach – zgodnie z decyzją Realizatora, z koniecznością rozliczenia udzielonego dofinansowania (o ile dotyczy), w terminie wskazanym przez Realizatora.
16. Umowa może być rozwiązana za zgodą stron, w przypadku wystąpienia okoliczności, niezależnych od woli stron, uniemożliwiających wykonanie umowy. W takim przypadku Realizator powiadamia Wnioskodawcę odrębnym pismem o rozliczeniu lub/i konieczności zwrotu przekazanej kwoty dofinansowania.
17. W ramach programu nie mogą być dofinansowane:
 - 1) pożyczki i spłaty rat oraz odsetek,
 - 2) koszty poniesione na przygotowanie wniosku,
 - 3) opłaty związane z realizacją umowy zawartej pomiędzy Realizatorem a wnioskodawcą,
 - 4) koszty nieudokumentowane.
18. W przypadku podpisywania umowy przez:
 - 1) osoby reprezentujące beneficjenta pomocy,
 - 2) pełnomocników,- informacja o tym powinna być zawarta w treści umowy ze wskazaniem w szczególności: imienia i nazwiska, serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz pełnionej funkcji.
19. Przy zawieraniu umowy z Wnioskodawcą, który nie ma możliwości złożenia podpisu i dokonuje odcisku palca należy:
 - 1) sprawdzić, czy złożone dotychczas dokumenty (wniosek, załączniki, inne) były podpisane za pomocą odcisku palca,
 - 2) przy odcisku palca wpisać imię i nazwisko strony umowy.
20. Po dokonaniu czynności, o których mowa w ust. 19, na egzemplarzu umowy pozostającym u Realizatora składają swoje podpisy pracownicy Realizatora, w obecności których beneficjent pomocy podpisał umowę - wraz z datą i pieczętą imienną przy adnotacji „umowę zawarto w obecności:”, przy czym przy zawieraniu umowy wymagana jest obecność dwóch pracowników Realizatora.
21. W ramach modułu II, osoby z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności mogą uzyskać pomoc finansową wyłącznie wtedy, gdy spełniają łącznie następujące warunki:
 - 1)uczestnicząc w pilotażowym programie „Aktywny samorząd” lub w programie pn. „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” - posiadali znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
 - 2)w trakcie uczestnictwa w programie, o którym mowa w pkt 1, orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności uzyskały nie wcześniej niż po zaliczeniu pierwszego roku nauki, a w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – pierwszego semestru nauki.
22. W sytuacji, o której mowa w ust. 21, pomoc finansowa może być przyznawana wyłącznie do czasu ukończenia przez wnioskodawcę nauki w ramach tej formy kształcenia, w

trakcie której nastąpiła zmiana stopnia niepełnosprawności na lekki oraz na poziomie wyznaczonym dla stopnia niepełnosprawności wnioskodawcy, który uprawniał do uczestnictwa w programie.

23. W przypadku, gdy Wnioskodawca w ramach Modułu II posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania danego półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, nie później niż łącznie z dokumentami rozliczającymi dofinansowanie przyznane na dane półrocze.
24. Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa w ust. 22, będzie wynikać, iż Wnioskodawca nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (przeszedł być osobą niepełnosprawną w sensie prawnym lub posiada orzeczony lekki stopień niepełnosprawności ale nie spełnia warunku wskazanego w ust. 21 pkt b) wysokość dofinansowania obniża się proporcjonalnie do liczby dni, w których Wnioskodawca nie spełniał tego warunku.
25. W przypadku śmierci Wnioskodawcy niezbędne jest przedłożenie odpisu skróconego aktu zgonu. Informację o śmierci beneficjenta pomocy, Realizator może potwierdzić także w urzędzie stanu cywilnego.
26. Spory wynikłe na tle realizacji umowy rozstrzygane będą przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Realizatora.

§6

Zobowiązania Wnioskodawcy

1. Wnioskodawca jest zobowiązany do:
 - 1) wykorzystania środków dofinansowania zgodnie z przeznaczeniem,
 - 2) umożliwienia PFRON i Realizatorowi przeprowadzenia kontroli,
 - 3) przekazywania na każde wezwanie Realizatora lub PFRON informacji dotyczących efektów udzielonego wsparcia, odzwierciedlającej stan faktyczny oraz innych informacji związanych z uczestnictwem w programie,
 - 4) niezwłocznego zawiadomienia Realizatora o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację umowy np. o zmianie nazwiska, adresu zamieszkania, utracie przedmiotu dofinansowania,
 - 5) zwrotu środków finansowych w przypadkach określonych w umowie dofinansowania, w tym w ramach Modułu II – w przypadku określonym w §5.
 - 6) Dostarczenia do Realizatora:
 - a) w przypadku wszystkich Wnioskodawców – pisemnej informacji, przygotowanej zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającej stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
 - b) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 1, 3 pisemnego potwierdzenia odbioru przedmiotu dofinansowania odpowiadającego przedstawionej fakturze VAT, w terminie do 30 dni od dnia wydania przedmiotu dofinansowania przez sprzedawcę/ usługodawcę,
 - c) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 2, Zadanie 3 – pisemnej informacji o wyniku szkolenia i egzaminu/ów dotyczących prawa jazdy,
 - d) w przypadku Modułu I: obszar B – Zadanie nr 1, nr 3-5 - pisemnego potwierdzenia odbioru przedmiotu dofinansowania odpowiadającego przedstawionej fakturze VAT, w terminie do 30 dni od dnia wydania przedmiotu dofinansowania przez sprzedawcę/ usługodawcę,
 - e) w przypadku Modułu I: Obszar B - Zadanie nr 2 - pisemnego potwierdzenia ukończenia szkolenia,

- f) w przypadku Modułu I: Obszar C - pisemnego potwierdzenia odbioru przedmiotu dofinansowania odpowiadającego przedstawionej fakturze VAT, w terminie do 30 dni od dnia wydania przedmiotu dofinansowania przez sprzedawcę/ usługodawcę,
 - g) w przypadku Modułu I: Obszar D - pisemnego potwierdzenia pobytu dziecka w żłobku lub przedszkolu w okresie objętym dofinansowaniem,
 - h) W przypadku Modułu I: Obszar B Zadanie 1, 3, 4, Obszar C Zadanie 1 i 5 umieszczenia na zakupionym przedmiocie dofinansowania przekazanej przez Realizatora naklejki zawierającej informację o dofinansowaniu zakupu ze środków PFRON (jeżeli rozmiar przedmiotu dofinansowania to umożliwia).
2. W przypadku Modułu I: Obszar A Zadanie nr 1 i nr 4 - dokonywania na własny koszt niezbędnych napraw i konserwacji przedmiotu dofinansowania,
 3. W przypadku Modułu I: Obszar A- zadanie nr 1 i zadanie nr 4, Obszar B- zadania nr 1, nr 3-5, Obszar C:
 - 1) nieodstępowania, a także nieprzekazywania przedmiotu dofinansowania w innej formie osobom trzecim, w okresie obowiązywania umowy dofinansowania,
 - 2) udostępniania przedmiotu dofinansowania w celu umożliwienia Realizatorowi lub PFRON jego oględzin,
 - 3) wykorzystywania przedmiotu dofinansowania zgodnie z jego przeznaczeniem.
 4. Sprzedaż bądź konieczna zamiana przedmiotu dofinansowania w okresie obowiązywania umowy dofinansowania wymaga każdorazowo zgody Realizatora. Ewentualna zamiana przedmiotu dofinansowania odbywa się bez zaangażowania dodatkowych środków PFRON. Postanowienia umowy dofinansowania mają zastosowanie również do przedmiotu dofinansowania uzyskanego w wyniku zamiany.
 5. Realizator zobowiązany jest do uzyskania od beneficjenta pomocy oświadczenia, iż nie otrzymał on w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku - dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania.
 6. W przypadku Obszaru C Zadanie 3, 4, 5 Realizator zobowiązany jest do uzyskania od beneficjenta pomocy oświadczenia dotyczącego uzyskania lub nieuzyskania w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania.
 7. Zobowiązania, o których mowa w ust. 1 - 5, winny być zawarte w odpowiednich umowach zawieranych pomiędzy Wnioskodawcami a Realizatorem.
 8. W ramach rozliczenia środków finansowych PFRON, Realizator programu może wyrazić zgodę na niedochodzenie od dłużnika należności, której kwota wraz z odsetkami nie przekracza 100 zł (sto złotych).

§ 7

Zasady sprawowania kontroli nad wykorzystaniem środków Funduszu przekazanych na dofinansowanie zadań, o których mowa w niniejszych Zasadach

1. PFRON i PCPR w Koźlenicach mają prawo kontroli wykorzystania przedmiotu dofinansowania oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania i rozliczenia dofinansowania.
2. Realizator ma obowiązek dokonywania kontroli wykorzystania środków PFRON i/lub przedmiotu dofinansowania corocznie – w zakresie obejmującym co najmniej 10% umów zawartych w danym roku.
3. W ramach kontroli osoby upoważnione przez PFRON mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości realizacji programu i wykonania umowy oraz żądać ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania umowy. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez PFRON zarówno w siedzibie Realizatora, jak i w innym miejscu realizacji

programu. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości PFRON przekaże wnioski i zalecenia w celu ich usunięcia.

4. PFRON ma prawo do bieżącej kontroli prawidłowości wydatkowania środków przekazanych w ramach programu.

§ 8

Adresaci, kryteria uczestnictwa w programie oraz zakres pojęć

Adresaci programu

I. Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w module I:

1. Obszar A:

a. Zadanie 1:

- ✓ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
- ✓ wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- ✓ dysfunkcja narządu ruchu.

b. Zadanie 2:

- ✓ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- ✓ wiek aktywności zawodowej,
- ✓ dysfunkcja narządu ruchu.

c. Zadanie 3:

- ✓ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- ✓ wiek aktywności zawodowej,
- ✓ dysfunkcja narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystanie z usług tłumacza języka migowego,

d. Zadanie 4:

- ✓ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- ✓ wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- ✓ dysfunkcja narządu słuchu.

2. Obszar B:

a. Zadanie 1:

- ✓ znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności,
- ✓ wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- ✓ dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku.

b. Zadanie 2:

- ✓ pomoc udzielona w ramach Obszaru B.

c. Zadanie 3:

- ✓ umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- ✓ dysfunkcja narządu wzroku,
- ✓ wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,

d. Zadanie 4:

- ✓ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
- ✓ dysfunkcja narządu słuchu,
- ✓ trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy,
- ✓ wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,

3. Obszar C:
- a. Zadanie 1:
 - ✓ znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – przeczenie o niepełnosprawności
 - ✓ zatrudnienie lub nauka lub potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy albo do podjęcia nauki w wyniku wsparcia udzielonego w programie,
 - ✓ wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
 - ✓ dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym,
 - b. Zadanie 2:
 - ✓ znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności.
 - c. Zadanie 3 i 4:
 - ✓ stopień niepełnosprawności,
 - ✓ wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
 - ✓ potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego,
 - ✓ potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie,
 - d. Zadanie 5:
 - ✓ znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności,
 - ✓ wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
 - ✓ dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się,
 - ✓ zgoda lekarza specjalisty na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym.
2. Obszar D:
- ✓ znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
 - ✓ aktywność zawodowa,
 - ✓ pełnienie roli przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego dziecka.

Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w module II:

1. znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
2. nauka w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

II. Warunki wykluczające uczestnictwo w programie:

1. w modułach I i II - wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec realizatora programu,
2. w module II - przerwa w nauce.

III. Częstotliwość udzielania pomocy w ramach Modułu I:

1. Obszar A, Obszar C - Zadania 1, 3, 5 – ponowna pomoc może być udzielona po upływie 3 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy,
2. Obszar C - Zadania 2, 4 oraz Obszar B Zadanie 5 – ponowna pomoc może być udzielona po zakończeniu okresu gwarancji na przedmiot/usługę wcześniej dofinansowaną,
3. Obszar B – Zadanie 1, 2, 3, 4 – ponowna pomoc może być udzielona po upływie 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy.

IV. Realizator może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresów karencji, wobec wnioskodawców, którzy wskutek:

1. pogorszenia stanu zdrowia lub zmian w stanie fizycznym, nie mogą korzystać z posiadanego, uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania.
2. zdarzeń losowych utracili przedmiot dofinansowania ze środków PFRON albo uległ on zniszczeniu w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

V. Zakres pojęć w programie

- 1) **aktywności zawodowej** – należy przez to rozumieć:
 - a) zatrudnienie, lub
 - b) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
 - c) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu,okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności;
- 2) **dotatku na pokrycie kosztów kształcenia** – należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki wnioskodawcy związane z pobieraniem nauki;
- 3) **dysfunkcji 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;
- 4) **dysfunkcji narządu ruchu powodującej problemy w samodzielnym przemieszczaniu się (w przypadku Obszaru C Zadanie 5)** – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:
 - a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
 - b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
 - c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
 - d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
 - e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;
- 5) **dysfunkcji narządu słuchu (w przypadku Obszaru A Zadanie 4 oraz Obszaru B Zadanie 4)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – ubytek słuchu powyżej

- 70 decybeli (db), stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;
- 6) **dysfunkcji narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (w przypadku Obszaru A Zadanie 3)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, w efekcie której osoba niepełnosprawna komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi, a dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, zgodnie z oświadczeniem/ zapotrzebowaniem wnioskodawcy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego;
- 7) **dysfunkcji narządu wzroku (w przypadku Obszaru B Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:
- a) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
- b) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
- przy czym osoby niepełnosprawne posiadające dysfunkcje narządu wzroku wymienione w lit. a i lit. b, są traktowane jak osoby niewidome;
- 8) **dysfunkcji narządu wzroku (w przypadku Obszaru B Zadanie 3)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – także dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza okulistę;
- 9) **dysfunkcji obu kończyn górnych (w przypadku Obszaru B Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);
- 10) **ekspercie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w przypadku Obszaru C Zadanie 3 i 4)** – należy przez to rozumieć specjalistę wojewódzkiego z dziedziny rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii albo innego specjalistę w tych dziedzinach, wskazanego przez jednego z wymienionych specjalistów, który prowadzi na terenie danego województwa długotrwałą opiekę protetyczną nad osobami po amputacjach kończyn; wyboru ekspertów Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dokonuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; ekspertem nie może być osoba, która aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, była przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem protezowni (zakładu ortopedycznego); ekspertom Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przysługuje wynagrodzenie za wydanie opinii do wniosku zakwalifikowanego do dofinansowania, w zakresie:

- a) stabilności procesu chorobowego wnioskodawcy,
 - b) rokowań co do zdolności wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie,
oraz o ile dotyczy:
 - c) celowości zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy) i zwiększenia kwoty dofinansowania;
- 11) **gospodarstwie domowym wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:
- a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,
lub
 - b) **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów;
- 12) **informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półrocza objętego dofinansowaniem** – należy przez to rozumieć każdą udokumentowaną informację potwierdzającą, że student pobierał naukę w semestrze objętym dofinansowaniem (np. wpis na kolejny semestr, w tym warunkowy, informacja o dopuszczeniu do sesji egzaminacyjnej, potwierdzenie zdania egzaminu w trakcie sesji egzaminacyjnej, np. w formie oceny itp.); źródłem informacji może być np. indeks, wydruk z USOS potwierdzony przez uczelnię/szkołę, zaświadczenie uczelni/szkoły, itp.);
- 13) **Karcie Dużej Rodziny** – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2017 r. poz. 1832, z późn. zm.) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;
- 14) **kolegium** – należy przez to rozumieć kolegium działające zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 996, z późn. zm.);
- 15) **kosztach kursu i egzaminów (w przypadku Obszaru A Zadanie 2 i Zadanie 3)** – należy przez to rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające;
- 16) **kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego (Obszar B)** – należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach realizacji programu, w tym koszt zakupu dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania (w celu osiągnięcia minimalnych wymogów technicznych lub dokonania koniecznych aktualizacji, niezbędnych do zachowania funkcjonalności sprzętu lub oprogramowania), a także koszt niezbędnych napraw, przeglądów czy konserwacji;
- 17) **miejscu zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) 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;

- 18) **nauce w szkole wyższej** – należy przez to rozumieć naukę w następujących formach edukacji na poziomie wyższym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie (trzeciego stopnia) prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);
- 19) **opłacie za naukę (czesne)** – należy przez to rozumieć opłatę pobieraną za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umową dofinansowania; opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłaty związanej z powtarzaniem określonych zajęć z powodu niezadowolających wyników w nauce, za zajęcia nieobjęte planem studiów, za inne niż filologia studia realizowane w języku obcym) ani innych opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia;
- 20) **oprzyrządowaniu elektrycznym do wózka ręcznego (w przypadku Obszaru C Zadanie 5)** – należy przez to rozumieć przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym) możliwe do zamontowania w standardowym wózku inwalidzkim (ręcznym), gwarantujące maksymalne odciążenie przy jeździe, pchaniu lub hamowaniu wózka, także na nierównych nawierzchniach, zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się;
- 21) **oprzyrządowaniu samochodu (w przypadku Obszaru A Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwi 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.;
- 22) **oprzyrządowaniu samochodu (w przypadku Obszaru A Zadanie 4)** – należy przez to rozumieć dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności wnioskodawcy wyposażenie/technologie, sprzęty i urządzenia, montowane fabrycznie lub dodatkowo w samochodzie, a także inne np. 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;
- 23) **osobie głuchoniewidomej** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim;
- 24) **osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:
 - a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2

ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r. poz. 1345), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), a także,

- b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję);
- 25) **osobie zależnej (w przypadku Obszaru D)** – należy przez to rozumieć dziecko będące pod opieką wnioskodawcy i przebywające w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką (dziennego opiekuna, niani lub w ramach klubu dziecięcego, punktu przedszkolnego, zespołu wychowania przedszkolnego, oddziału przedszkolnego w szkole);
- 26) **posiadaczowi samochodu (w przypadku Obszaru A)** (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 (opiekun prawny lub przedstawiciel ustawowy); 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.);
- 27) **poziomie jakości protez kończyny górnej** – należy przez to rozumieć:
- a) poziom I - prosta proteza o funkcji głównie kosmetycznej ewentualnie z najprostszymi elementami mechanicznego ustawiania pozycji łokcia i nadgarstka; do wykonania w ramach limitu NFZ; nie przywraca nawet podstawowych funkcji utraconej ręki,
 - b) poziom II - proteza z prostymi elementami mechanicznymi oraz standardowym zawieszeniem na kikucie; w zasadzie możliwa do wykonania w ramach NFZ z niewielką dopłatą; nie uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu wystarczającym dla podjęcia aktywności zawodowej,
 - c) poziom III - proteza z precyzyjnymi elementami mechanicznymi oraz nowoczesnym zawieszeniem kikuta (także z wykorzystaniem technologii silikonowej) oraz bardzo dobrym wykończeniem kosmetycznym; uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu umożliwiającym podjęcie aktywności zawodowej,
 - d) poziom IV - proteza z elementami bioelektrycznymi (lub elementy kombinowane bioelektryczne i mechaniczne - tzw. hybrydowa); proteza w części bioelektrycznej sterowana impulsami z zachowanych grup mięśniowych; w znacznym stopniu pozwala na uniezależnienie się od otoczenia, jednak nie zawsze jest akceptowana przez pacjentów, w szczególności z powodu znacznej wagi;
- 28) **poziomie jakości protez kończyny dolnej** – należy przez to rozumieć:
- a) poziom I - proteza wykonana w ramach limitu NFZ; posiada najprostsze elementy mechaniczne; nie daje możliwości lokomocyjnych dla codziennego funkcjonowania pacjenta,

- b) poziom II - poziom podstawowy umożliwiający w miarę sprawne poruszanie się pacjenta; proteza taka jednak nie daje rzeczywistych możliwości intensywnego, bezpiecznego jej użytkowania potrzebnego do codziennej aktywności zawodowej,
 - c) poziom III - poziom bardzo dobry; proteza taka wykonana na nowoczesnych elementach (stopa, staw kolanowy) oraz posiadająca bardzo dobre zawieszenie w leju, także na elementach silikonowych; w tej grupie protez pacjent może otrzymać zaopatrzenie zapewniające takie możliwości lokomocyjne, aby mógł podjąć lub kontynuować aktywność zawodową,
 - d) poziom IV - grupa najnowocześniejszych w świecie protez, także z elementami sterowanymi cyfrowo, z wielowarstwowymi lejami oraz najlżejszymi elementami nośnymi; umożliwiają w niektórych przypadkach także aktywność sportową i rekreacyjną pacjentów;
- 29) **półroczu/semestrze** – należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki, obejmujący zajęcia dydaktyczne i sesję egzaminacyjną;
- 30) **prawie jazdy** – należy przez to rozumieć dokument wydany przez odpowiednie organy państwowe, potwierdzający uprawnienia jego posiadacza do prowadzenia pojazdów mechanicznych, z wyłączeniem kategorii: A, A1, A2 i AM; warunkiem uzyskania prawa jazdy jest w myśl art. 11 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami m.in. uzyskanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem określonej kategorii;
- 31) **protezie kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (Obszar C Zadanie nr 3 i nr 4)** – należy przez to rozumieć protezę/protezy kończyny górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie jakości protez;
- 32) **przeciętnym miesięcznym dochodzie wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018, poz. 911), według wzoru: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;
- 33) **przerwie w nauce (w przypadku modułu II)** – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;
- 34) **skuterze o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć czterokołowy lub trzykołowy skuter/pojazd o napędzie elektrycznym, także składany/kompaktowy, pełniący funkcję wózka inwalidzkiego przeznaczonego dla osoby niepełnosprawnej ruchowo do poruszania się; skuter wyposażony jest m.in. w oddzielną, nastawną kolumnę kierownicy;
- 35) **spowolnienie toku studiów/nauki** – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów/nauki lub indywidualny tok studiów/nauki, przyjęty na podstawie decyzji uczelni/szkoły, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego/szkolnego). O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów/nauki nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych;
- 36) **sprzęcie elektroniczne lub jego elemencie lub oprogramowaniu (w przypadku Obszaru B Zadanie 1 i 3)** – należy przez to rozumieć komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie,

umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności (z uwzględnieniem definicji urządzeń brajlowskich); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne dla danego rodzaju dysfunkcji - potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta;

- 37) **sprzęcie elektronicznym lub jego elemencie lub oprogramowaniu (w przypadku Obszaru B Zadanie 4)** – należy przez to rozumieć elektroniczne sprzęty i urządzenia lub ich elementy, a także dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków dysfunkcji narządu słuchu, w tym przede wszystkim sprzęty i urządzenia mobilne (np. laptop, tablet, smartfon); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta, w tym potrzeba komunikowania się;
- 38) **studiach w przyspieszonym trybie** – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów;
- 39) **szkole policealnej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, działającą zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz. 996, z późn. zm.);
- 40) **szkole wyższej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną uczelnię, w tym szkołę doktorską, działającą zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668, z późn. zm.) lub uczelnię zagraniczną, a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe;
- 41) **urządzeniach brajlowskich** – należy przez to rozumieć elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku;
- 42) **wózku ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym** – należy przez to rozumieć wózek inwalidzki, w tym aktywny, wyposażony w przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym), zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się;
- 43) **wymagalnych zobowiązaniach** – należy przez to rozumieć:
 - a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
 - b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
 - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
 - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
 - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;
- 44) **zatrudnieniu** – należy przez to rozumieć:
 - a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

- b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
 - c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.),
 - d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, z późn. zm.),
 - d) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
 - e) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.),
- okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;
- 45) **zdarzeniach losowych** – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę;
 - 46) **zgodzie lekarza specjalisty na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (w przypadku Obszaru C zadanie 5)** – należy przez to rozumieć pozytywną opinię lekarza w zakresie wskazanym w pkt 4 lit. a-e.

§ 9

Dane osobowe

1. Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
2. Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO, Realizator zobowiązany jest również do poinformowania wnioskodawcy, że jego dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych w Zasadach przyznawania dofinansowań w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r. w Powiecie Kozienickim mają zastosowanie:
 - ✓ Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r. – stanowiące załącznik do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r.

- ✓ Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –załącznik nr 1 do uchwały nr 14/2014 Zarządu PFRON z dnia 21 lutego 2014 r.
 - ✓ Uchwały nr 16/2019 Zarządu PFRON z dnia 05 marca 2019r.
2. Niniejsze zasady wchodzi w życie z dniem podpisania.

SKALA PUNKTOWA DO OCENY MERYTORYCZNEJ
dla wniosków złożonych w ramach programu
„Aktywny samorząd” Moduł I w 2019 r.

§1
Punkty podstawowe

1. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

1. znaczny (lub inne orzeczenie równoważne) – 3 pkt
2. umiarkowany (lub inne orzeczenie równoważne) – 2 pkt
3. lekki (lub inne orzeczenie równoważne) – 1 pkt

2. ORZECZENIE O ZALICZENIU DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (do 16 roku życia)

1. zaliczony – 4 pkt

3. RODZAJ SCHORZENIA:

1. osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub osoba z dysfunkcją narządu wzroku – 8 pkt
2. osoba z dysfunkcją co najmniej jednej kończyny górnej lub jednej kończyny dolnej – 6 pkt
3. osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba głuchoniewidoma – 8 pkt

4. WYSTĘPOWANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI SPRZĘŻONEJ (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności w orzeczeniu, kilka schorzeń ograniczających samodzielność – inne niż wymienione w pkt. II):

1. tak – 1 pkt
2. nie – 0 pkt

5. ORZECZENIE:

1. stałe – 2 pkt
2. okresowe – 1 pkt

6. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY:

1. osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego – 2 pkt
2. wiek aktywności zawodowej – 1 pkt

7. POSIADANE WYKSZTAŁCENIE:

1. wyższe – 6 pkt
2. policealne – 5 pkt
3. średnie – 4 pkt
4. zawodowe – 3 pkt
5. gimnazjalne – 2 pkt
6. podstawowe – 1 pkt

8. MIEJSCE ZAMIESZKANIA:

1. miasto – 1 pkt.
2. wieś – 2 pkt.

9. DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem:

1. nie - 1 pkt
2. tak – 0 pkt

10. DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla Wnioskodawcy lub członków jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 3 lat, z wyłączeniem dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego, turnusów rehabilitacyjnych):

1. nie - 1 pkt
2. tak – 0 pkt

11. STRUKTURA GOSPODARSTWA DOMOWEGO:

1. samodzielne prowadzone gospodarstwo domowe – 1 pkt
2. osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z innymi osobami – 0 pkt

12. ZAMIESZKIWANIE WRAZ Z WNIOSKODAWCĄ INNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

1. tak – 1 osoba – 1 pkt
2. tak – więcej niż 1 osoba – 2 pkt
3. nie – 0 pkt

13. SZCZEGÓLNE UTRUDNIENIA WNIOSKODAWCY – wymienione w pkt 3.7 wniosku:

1. tak – 1 pkt
2. nie – 0 pkt

14. WNIOSEK KOMPLETNY W DNIU PRZYJĘCIA:

1. tak – 1 pkt
2. nie – 0 pkt

15. DOTYCZY WNIOSKÓW ROZPATRZONYCH ODMOWNIE Z POWODU NIEWYSTARCZAJĄCYCH ŚRODKÓW W LATACH UBIEGŁYCH:

1. tak – 5 pkt
2. nie – 0 pkt

16. KARTA DUŻEJ RODZINY

1. tak – 1 pkt
2. nie – 0 pkt

§2

Punkty preferencyjne

PREFERENCJE DODATKOWE WNIOSKODAWCY W 2019 ROKU KTÓRZY:

1. są zatrudnieni – 40 pkt
2. w 2018 lub w 2019 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – 10 pkt;

W 2019 r. wyznacza się minimalny próg punktowy dla Wnioskodawców, umożliwiającą bieżące udzielenie dofinansowania na poziomie – 10 pkt.

Udzielenie dofinansowania Wnioskodawcom, których wnioski uzyskały ocenę poniżej ustalonego minimalnego progu punktowego, uzależnione będzie od możliwości wynikających z ostatecznej puli przekazanych środków PFRON.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 15/2019
Starosty Powiatu Koziernickiego
z dnia 9 maja 2019 r.

**Wzory dokumentów
obowiązujących w ramach
programu
„Aktywny samorząd”
w 2019 roku
w Powiecie Koziernickim**

Nr sprawy:

Data wpływu wniosku.....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy” lub wstawić „-”. 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)

Moduł I

<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (narząd ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (narząd ruchu)
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4
pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (narząd słuchu, wymagane korzystanie z usług tłumacza języka migowego)	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (narząd słuchu)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku lub obu kończyny górnych, znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania (pomoc udzielona w ramach Obszaru B)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu (znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne na co najmniej III poziomie jakości	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne na III poziomie jakości
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar D
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania)	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<input type="checkbox"/> Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym	

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (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:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I inne <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA			
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y : od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y : od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy			
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> 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 – dotyczy Modułu II		
<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 lub MOPR?						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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (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 – dot. tylko Modułu I

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 powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)
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.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
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 środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeżeli tak, to należy udokumentować ww. zdarzenia)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy w latach ubiegłych wniosek złożony na przedmiot wnioskowany w roku bieżącym został rozpatrzony odmownie z powodu braku środków?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 1 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8) Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>

Data wpływu wniosku.....

Nr sprawy:
.....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy” lub wstawić „-”. 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)

Moduł I

<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (narząd ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (narząd ruchu)
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4
pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (narząd słuchu, wymagane korzystanie z usług tłumacza języka migowego)	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (narząd słuchu)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku lub obu kończyny górnych, znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu (znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne na co najmniej III poziomie jakości	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne na III poziomie jakości
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar D
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania)	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<input type="checkbox"/> Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię Nazwisko Data urodzenia r.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r. przez Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small style="margin-left: 300px;">(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	ADRES ZAMELDOWANIA <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small> Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small style="margin-left: 300px;">(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (o ile dotyczy):
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”	
DANE PERSONALNE Imię Nazwisko Data urodzenia: r. PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) <small>(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</small> Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small style="margin-left: 300px;">(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej				
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym				
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O				
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Lewe oko:		Prawe oko:	
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....		Ostrość wzoru (w korekcji):.....	
	Zwężenie pola widzenia: stopni		Zwężenie pola widzenia: stopni	
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:			Nazwa pracodawcy:	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:			Adres miejsca pracy:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę			
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna				
<input type="checkbox"/> staż zawodowy				
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:		
Nr NIP:		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności:		

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

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 powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	<p>.....</p> <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><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</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 środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
4. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
5. Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeżeli tak, to należy udokumentować ww. zdarzenia)	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
6. Czy w latach ubiegłych wniosek złożony na przedmiot wnioskowany w roku bieżącym został rozpatrzony odmownie z powodu braku środków?	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
7. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 1 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
8. Karta Dużej Rodziny	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	dotatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	dotatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	specjalny fotel pasażera w tym fotelik dziecięcy	
<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/podjazdy/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

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: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienickiego **tak** - **nie**,
- 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: **tak** - **nie**,
- 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) 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.

<p>..... dnia /..... /20... r.</p> <p style="text-align: right;">podpis Wnioskodawcy</p>
--

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie o posiadaniu udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I Obszar A Zadanie nr 2, 3**STRONA 6**Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające.Przez **prawo jazdy należy rozumieć** dokument wydany przez odpowiednie organy państwowe, potwierdzający uprawnienia jego posiadacza do prowadzenia pojazdów mechanicznych, z wyłączeniem kategorii: A, A1, A2, AM.**Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:**

Kategoria 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		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Koszt usług tłumacza migowego		
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,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:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienickiego **tak** - **nie**,
- 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 przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod

adresem: www.pfron.org.pl, a także <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>

4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii,
5. 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,
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
9. 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 lub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami.

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

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	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 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oświadczenie o posiadaniu udziału własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	wyposażenie/ technologie, jakie:	
<input type="checkbox"/>	sprzęt i urządzenia, jakie:	
<input type="checkbox"/>	mobilne sprzęty i urządzenia w tym technologie i oprogramowania, jakie :	
<input type="checkbox"/>	komunikator/tablet ze specjalnym oprogramowaniem jaki:	
<input type="checkbox"/>	sygnalizatory i aplikacje	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
	RAZEM	

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:
<p align="center">CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:</p> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienickiego **tak** - **nie**,
- 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) 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 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 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 /..... /20... r. podpis Wnioskodawcy
-----------------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Oświadczenie o posiadanym udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I Obszar B Zadanie nr1, 4 oraz nr 2 STRONA 6

Zadanie nr 1/4 - 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 NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:

.....

NIE POSIADAM 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 1/4		
Zadanie nr 2		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

STRONA 7

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienskiego tak - nie,
- 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,
- 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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: tak - nie,
- 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),
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- 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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym (Zadanie nr 4) stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 formularza wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 a lub 2b do formularza wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Oświadczenie o posiadaniu udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Kara Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

STRONA 6

Zadanie nr 3 - 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	

5. Informacje uzupełniające

POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:

.....

NIE POSIADAM 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 3		

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienickiego tak - nie,
- 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,
- 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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: tak - nie,
- 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 30% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),

6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
9. 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

Nazwa załącznika		WYPELNIĄ WYŁĄCZNIE REALIZATOR		
		<i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 a lub 2b do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Oświadczenie o posiadaniu udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Kara Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pilotażowy program „Aktywny samorząd” realizowany przez Powiat Kozienicki

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I Obszar B Zadanie nr 5

STRONA 6

Zadanie nr 5 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie naprawy którego oraz rozbudowę/zakupem niezbędnych elementów Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urzędzeń/oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Koszty naprawy/przeгляdu/konserwacji:	
Koszty zakupu dodatkowych elementów służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub koszty dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania:	
RAZEM	

5. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE ZAKUPIONE W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”: Nr i data zawarcia umowy dofinansowania zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów i oprogramowania:
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON NA UTRZYMANIE SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO, ZAKUPIONEGO W RAMACH PROGRAMU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach
Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 5		

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienickiego tak - nie,
- 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. 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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
4. 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,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach związanych z utrzymaniem sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu – **co najmniej 10%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanej pomocy, 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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Oświadczenie o posiadanym udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Kara Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

STRONA 6

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub 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? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) Wr.
Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (model, rok produkcji):
Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.
Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.
Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym skuterem /wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął: <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r. </div>

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO,

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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienskiego **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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
4. 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,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
7. 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 lub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami.

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

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Faktura proforma z wyszczególnieniem zakresu naprawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- w zakresie ręki
 przedramienia
 ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:

- na poziomie podudzia
 na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
 uda i wyluszczeniu 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

DANE RACHUNKU BANKOWEGO,

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:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienskiego tak - nie
- 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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- 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,
- 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),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem w danym roku uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
- 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,
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
 tak - nie,
- 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 lub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami.

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	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 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oświadczenie o posiadanym udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

STRONA 6

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: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA NOGI, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) Wr.	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO, 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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienskiego **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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
4. 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,
5. 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**,
6. 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),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem w danym roku 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, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
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 **byłam(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 sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami.

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	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 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oświadczenie o posiadanych udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I Obszar C Zadanie nr 5

STRONA 6

Specyfikacja zakupu

Model (nazwa) skutera:

Wybrany skuter jest: trzykołowy czterokołowy jednoosobowy dwuosobowy

Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego (należy wymienić jakie i wskazać nazwę):

Dodatkowe wyposażenie, jakie ?:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki		
Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego		
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:

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA WÓZEK INWALIDZKI RĘCZNY: MODEL:..... ROK NABYCIA:.....

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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienskiego **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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>

STRONA 7

4. 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,
5. 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**,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowaniu elektrycznym do wózka ręcznego – **co najmniej 35%** ceny brutto,
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem w danym roku 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, nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
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 sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami.

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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	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 (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Oświadczenie o posiadanym udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

STRONA 6

Imię i nazwisko 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

<p>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)</p>
<p>numer rachunku bankowego</p>
<p>nazwa banku</p>

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Kozienickiego **tak** - **nie**
- 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- 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,
- 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,
- 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 placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami

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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Oświadczenie o posiadanym udziale własnym Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Faktura proforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracowników 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data rozpoczęcia weryfikacji formalnej wniosku:	/...../ 20.... r.	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Data			

pieczęć imienna pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr - dotyczy Modułu I				
I.	Punktacja podstawowa	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:			
	znaczny (lub inne orzeczenie równoważne)	3	3	
	umiarkowany (lub inne orzeczenie równoważne)	2		
	lekki (lub orzeczenie równoważne)	1		
2	ORZECZENIE O ZALICZENIU DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (do 16 roku życia)			
	zaliczony	4	4	
3	RODZAJ SCHORZENIA			
	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub osoba z dysfunkcją narządu wzroku	8	16	
	osoba z dysfunkcją co najmniej jednej kończyny górnej i kończyny dolnej	6		
	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba głuchoniewidoma	8		
4	WYSTĘPOWANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI SPRZĘŻONEJ (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności w orzeczeniu, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)			
	tak	1	1	
	nie	0		
5	ORZECZENIE			
	stałe	2	2	
	okresowe	1		
6	AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY:			
	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego	2	3	
	wiek aktywności zawodowej	1		
7	POSIADANE WYKSZTAŁCENIE:			
	wyższe	6	6	
	policealne	5		
	średnie	4		
	zawodowe	3		
	gimnazjalne	2		
	podstawowe	1		
8	MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
	miasto	1	2	
	wieś	2		
9	DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem			
	nie	1	1	
	tak	0		
10	DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla Wnioskodawcy lub członków jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 3 lat, z wyłączeniem dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego, turnusów rehabilitacyjnych)			
	nie	1	1	
	tak	0		
11	STRUKTURA GOSPODARSTWA DOMOWEGO			
	samodzielne gospodarstwo domowe	1	1	
	osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z innymi osobami	0		

12	ZAMIESZKIWANIE WRAZ Z WNIOSKODAWCĄ INNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ			
	tak – 1 osoba	1	2	
	tak – więcej niż 1 osoba	2		
	nie	0		
13	SZCZEGÓLNE UTRUDNIENIA WNIOSKODAWCY – wymienione w pkt 3.7 wniosku			
	tak	1	1	
	nie	0		
14	WNIOSEK KOMPLETNY W DNIU PRZYJĘCIA			
	tak	1	1	
	nie	0		
15	DOTYCZY WNIOSKÓW ROZPATRZONYCH ODMOWNIE Z POWODU NIESTARCZAJĄCYCH ŚRODKÓW W LATACH UBIEGŁYCH			
	tak	5	5	
	nie	0		
16	KARTA DUŻEJ RODZINY			
	tak	1	1	
	nie	0		
RAZEM PUNKTÓW PODSTAWOWYCH				
II.	Punktacja preferencyjna	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
PREFERENCJE DODATKOWE WNIOSKODAWCY W 2019 ROKU KTÓRZY				
	są zatrudnione		40	
	w 2018 lub w 2019 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	
RAZEM PUNKTÓW PREFERENCYJNYCH				
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT I – II)				
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi: 10				

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
	Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: 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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł

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

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

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 3

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

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

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: zł
--	---

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

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: zł
--	---

 Moduł I Obszar D: zł**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data wpływu wniosku.....

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy” lub wstawić „-”. 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)

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (narząd ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (narząd ruchu)
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4
pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (narząd słuchu, wymagane korzystanie z usług tłumacza języka migowego)	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (narząd słuchu)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku lub obu kończyny górnych, znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu (znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne na co najmniej III poziomie jakości	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne na III poziomie jakości
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar D
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania)	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<input type="checkbox"/> Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz <http://pcpr-koziernice.bip-e.pl/>

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyznaPESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

 miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (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 inwalidzkaOrzeczenie 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 innymWnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
--	--	---

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> 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 – dotyczy Modułu II

<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 lub MOPR?						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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

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:				
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia		
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych		
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej		
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbięciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Wysokość udziału własnego w przypadku zatrudnienia	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne):**				
Oplata za naukę (czesne):**				
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia				
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia z tytułu posiadania orzeczenia o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) lub średniej ocen uzyskanej w poprzednim roku akademickim/szkolnym (także na ostatnim etapie kształcenia na poziomie wyższym) równej lub wyższej niż 4,50 ***				
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania				
Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia w przypadku posiadania Karty Dużej Rodziny				
Pobieranie nauki jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki				
Studia w przyspieszonym trybie				
Osoba poszkodowana w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych				
Korzystanie z usług tłumacza języka migowego				
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

*** (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)

6. Informacje uzupełniające

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

Imię i nazwisko właściciela rachunku

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

Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego: tak nie

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Koziernickiego tak - nie,
- 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 <http://pcpr-kozienice.bip-e.pl/>
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- 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 ub innego dokumentu rozliczeniowego zgodnie z przyjętymi zasadami.

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

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Oświadczenie o posiadaniu wkładu własnego dotyczy studenta zatrudnionego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Oświadczenie o posiadaniu wkładu własnego dotyczy studenta zatrudnionego drugi kierunek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Oświadczenie o korzystaniu/nie korzystaniu z pomocy w ramach Modułu II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 5) 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,
- 6) 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,
- 7) 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,
- 8) 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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracowników wyliczających wysokość dofinansowania na podstawie Załącznika nr 1 do Zasad przyznawania dofinansowań	Data, pieczętka i podpisy pracowników 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data rozpoczęcia weryfikacji formalnej wniosku:	/...../ 20.... r.	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Data			

pieczętka imienna pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH MODUŁU II

pozytywna:

negatywna:

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.

Zobowiązuje 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.

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

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **15 %** ceny brutto zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu w ramach **Modułu I Obszar A Zadanie 1** w wysokości.....złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **25 %** ceny brutto kosztów kursu i egzaminów uzyskania prawa jazdy w ramach **Modułu I Obszar A Zadanie 2, 3** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **25 %** ceny brutto kosztów kursu i egzaminów uzyskania prawa jazdy kat. B w ramach **Modułu I Obszar A Zadanie 2,3** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **15 %** ceny brutto zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu w ramach **Modułu I Obszar A Zadanie 4** w wysokości.....złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **10 %** ceny brutto zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania w ramach **Modułu I** **Obszar B Zadanie 1** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **30 %** ceny brutto zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania w ramach **Modułu I** **Obszar B Zadanie 3** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **10 %** ceny brutto zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania w ramach **Modułu I** **Obszar B Zadanie 4** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **10 %** ceny brutto zakupu sprzętu w ramach utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego w ramach **Modułu I Obszar B Zadanie 5** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **10 %** ceny brutto zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości w ramach **Modułu I Obszar C Zadanie 3** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **10 %** ceny brutto na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości) w ramach **Modułu I Obszar C Zadanie 4** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **35 %** ceny brutto zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego w ramach **Modułu I Obszar C Zadanie 5** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **15 %** ceny brutto opłaty za utrzymanie aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej w ramach **Modułu I Obszar D** w wysokości złotych.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem zatrudniona/y i posiadam udział własny w wysokości **15 %** wartości czesnego tj. złotych w ramach **Modułu II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem zatrudniona/y i posiadam udział własny w wysokości **65%** wartości
czesnego, drugiego i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym* tj.
złotych w ramach **Modułu II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że: korzystałem/nie korzystałem* ze wsparcia finansowego PFRON. Uzyskana pomoc ze środków PFRON na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie obejmowała łączniesemestrów/półroczy roku szkolnego/akademickiego.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez pojęcie:

- ✓ samodzielne gospodarstwo domowe - *gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;*
- ✓ wspólne gospodarstwo domowe – *należy rozumieć gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny*

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby

		Przeciętny miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</i>		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

1) przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł. (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 podstawie 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.

Przeciętnym miesięcznym dochodzie wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003

roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018, poz. 911), według wzoru: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1509 z późn. zm.). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

Uwaga! 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).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

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

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. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kozienicach przy ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice (administratora 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. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kozienicach przy ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice(administratora 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 art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PCPR w Kozienicach
(dot. 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

Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> szkoła policealna

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: _____

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**

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 obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		uwagi
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalny fotel pasażera w tym fotelik dziecięcy	
<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/podjazdy/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	

(proszę zakreślić właściwe pola)

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

.....
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*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):

- zaburzenia głosu
- zaburzenia mowy
- choroby słuchu

4. Ubytek słuchu na poziomie: ucho lewe decybeli (db) ucho prawe decybeli (db)

5. Czy Pacjenta używa aparatów słuchowych/systemów wspomaganie słyszenia/urządzeń wspomagających takich jak
 tablet/syntezytor mowy itp.,

tak (jeżeli tak to jakich?):

.....

nie

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

<input type="checkbox"/>	Trwałe uszkodzenie czynności ruchowej jednego lub obu fałdów głosowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Częściowa lub całkowita utrata krtani z różnych przyczyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zaburzenia mowy spowodowane uszkodzeniem mózgu – wyższych ośrodków mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia powodujące dysfunkcję narządu słuchu lub mowy:	pieczętka, nr i podpis lekarza

7. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		uwagi
<input type="checkbox"/>	wyposażenie/ technologie, jakie:	
<input type="checkbox"/>	sprzęt i urządzenia, jakie:	
<input type="checkbox"/>	komunikator/tablet ze specjalnym oprogramowaniem jaki:	
<input type="checkbox"/>	sygnalizatory i aplikacje	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	

(proszę zakreślić właściwe pola)

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

.....
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**

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 stopni:

w oku prawym wynosi stopni:

d) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

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**

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 pieczętą):**

<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 obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza

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*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):

zaburzenia głosu

zaburzenia mowy

choroby słuchu

4. Ubytek słuchu na poziomie decybeli (db)

5. Czy Pacjenta używa aparatów słuchowych/systemów wspomagania słyszenia/urządzeń wspomagających takich jak
tablet/syntezytor mowy itp.,

tak (jeżeli tak to jakich ?):

.....
 nie

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

<input type="checkbox"/>	Trwałe uszkodzenie czynności ruchowej jednego lub obu fałdów głosowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Częściowa lub całkowita utrata krtani z różnych przyczyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zaburzenia mowy spowodowane uszkodzeniem mózgu – wyższych ośrodków mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia powodujące dysfunkcję narządu słuchu lub mowy:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

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**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętąka, nr_ i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Data

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 pieczętą):**

<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 obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Amputacja kończyn, których ?.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Porażenie mózgowe	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Choroby neuromięśniowe	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, 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:**

<p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): </p> <p><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza
--	-----------------------------------

....., dnia
 (miejscowość) (data) pieczętka, nr i podpis lekarza