

ZARZĄDZENIE NR 7/2020
STAROSTY POWIATU KOZIENICKIEGO

z dnia 27 lutego 2020 r.

w sprawie zasad przyznawania dofinansowania w 2020 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, oraz uchwały nr 3/2020 Zarządu PFRON z dnia 07 stycznia 2020 roku – zarządza się, co następuje:

- § 1. 1. Ustalam Zasady przyznawania dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku w Powiecie Koziennickim w brzmieniu Załącznika nr 1 do Zarządzenia.
2. Skalę punktową do oceny merytorycznej wniosków złożonych do 31 sierpnia 2020 roku w ramach Modułu I określa Załącznik nr 1 do Zasad przyznawania dofinansowań w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku.
- § 2. Wzory dokumentów obowiązujących w ramach pilotażowego programu "Aktywny samorząd" w 2020 roku określa Załącznik nr 2 do Zarządzenia.
- § 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Starosta Powiatu
Koziennickiego

Andrzej Jung

ZASADY PRYZNAWANIA DOFINANSOWAŃ W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD” w 2020 r. w Powiecie Koziennickim

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 Koziennickim oraz Uchwały nr 3/2020 Zarządu PFRON z dnia 7 stycznia 2020r. - zarządza się, co następuje:

§ 1

Ogólne postanowienia programu

1. Moduły programu, które będą realizowane w 2020 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 1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym,
 - g) 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,
 - h) 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,
 - i) 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,
 - j) 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 2019 r. poz. 1172), 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. Wnioski o dofinansowanie w ramach programu są rejestrowane i obsługiwane w dedykowanym i bezpłatnie udostępnionym realizatorom programu Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON, zwanym dalej SOW. Przyznanie w 2020 roku realizatorom programu drugiej i kolejnych transzy środków finansowych na realizację programu odbywa się wyłącznie na podstawie danych rzeczowo- finansowych ujętych w SOW. W związku z tym:
- 1) Nabory wniosków o dofinansowanie w 2020 roku realizatorzy programu otwierają za pomocą SOW, z użyciem przygotowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych formularzy wniosków o dofinansowanie, które to formularze będą umieszczone na witrynie PFRON;

- 2) Nabory w SOW uruchamiane są w obu modułach programu nie później niż w dniu 1 marca 2020 roku;
 - 3) Wszystkie dokumenty niezbędne do złożenia wniosku lub zawarcia umowy dofinansowania lub rozliczenia dofinansowania, wnioskodawca może, skanować/ powielać w formie elektronicznej i takie będą rejestrowane w SOW, stanowiąc podstawę do oceny formalnej i merytorycznej wniosku oraz zawarcia umowy i rozliczenia dofinansowania.
4. 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, z czego na zakup siedziska/fotelika do przewozu osoby niepełnosprawnej- 6.000 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 – 7.000 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 – 7.500 zł,
 - d) w Zadaniu 4 – 4.000 zł,
 - e) w Zadaniu 5 – 1.500 zł.
 - 3) **Obszaru C:**
 - a) w zadaniu nr 1 – 10.000 zł, z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania do kwoty rekomendowanej przez eksperta PFRON, jednak nie więcej niż 25.000 zł,
 - b) w Zadaniu nr 2 – 3.500 zł, z czego na zakup jednego akumulatora- nie więcej niż 1.000 zł,
 - c) w Zadaniu nr 3 dla protezy na III poziomie jakości, przy amputacji:
 - w zakresie ręki – 9.000 zł,
 - przedramienia – 20.000 zł,
 - ramienia lub wyluszczeniu w stawie barkowym – 26.000 zł,
 - na poziomie stopy lub podudzia – 14.000 zł,
 - na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20.000 zł,
 - uda lub wyluszczeniu 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,
- d) w Zadaniu nr 4 – do 30% kwot, o których mowa w lit. c),
 - e) w Zadaniu nr 1, 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,
 - f) w Zadaniu nr 5 – 7.500 zł
- 4) **Obszaru D** – 300 zł miesięcznie – tytułem kosztów opieki nad jedną (każdą) osobą zależną.
5. W ramach modułu II kwota dofinansowania kosztów nauki, dotyczących semestru/półroczu objętego dofinansowaniem, wynosi w przypadku:
- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia
 - a) do 1.000 zł, dla wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium,
 - b) do 1.500 zł dla pozostałych wnioskodawców,
 - 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 4.000 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764 zł (netto) na osobę.
6. 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. 5 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:
 - 1. opłaty za naukę (czesne) w ramach wniosków wnioskodawców, których przeciętny miesięczny dochód przekracza kwotę, o której mowa w ust. 5 pkt 3),
 - 2. 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 2.000 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. 5 pkt 1) może być zwiększony, nie więcej niż o:
 - 1) 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) 500 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
 - 3) 300 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny,
 - 4) 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 2019 lub 2020 roku w wyniku działań żywiołu lub innych zdarzeń losowych,
 - 7) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego,
 - 8) 800 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada podpis elektroniczny/Profil zaufany na platformie ePUAP i złoży wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej w dedykowanym systemie przygotowanym przez PFRON, przy czym możliwość ta dotyczy tylko tych wnioskodawców, którzy skorzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy (wsparcie jest jednorazowe)
8. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w § 1 ust.7 i ust.5 pkt 1 nie przysługuje w przypadku, gdy wnioskodawca zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki (nie ukończywszy jej), ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półroczne) 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. 5 pkt 1 i ust. 7, 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. 5 pkt. 1, ust.7, następuje po przekazaniu realizatorowi programu informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półrocza objętego dofinansowaniem lub po złożeniu zaświadczenia ze szkoły/uczelni, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia, objęte planem/programem studiów/nauki. Zwiększenie dodatku, o którym mowa w ust.7 pkt 8 nie zostanie naliczone i przekazane, jeśli wniosek nie został złożony w formie elektronicznej w dedykowanym systemie przygotowanym przez PFRON.
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:
 3. „STUDENT - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
 4. „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) decyzyja 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/półroczną 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, 3, 4 i 5, Obszaru C Zadania: nr 1, 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 oraz Obszaru C Zadanie nr 5.
 - 2) w module II – w zakresie kosztów czesnego:
 - a) 15% wartości czesnego – w przypadku przyznania dofinansowania, o którym mowa w ust. 5 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. 5 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 2020 roku preferowane są wnioski dotyczące osób niepełnosprawnych które:
 - a) są zatrudnione – liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 25,
 - b) posiadają podpis elektroniczny/profil Zaufany na platformę ePUAP i złożyły wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej w SOW- liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 10,
 - c) złożyły wniosek w pierwszym półroczu 2020 roku - liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 10,

- d) w 2019 lub w 2020 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – liczba punktów preferencyjnych wynosi wówczas 5.
22. Ponadto w 2020 r. w procesie rozpatrywania wniosków w Module I będą brane pod uwagę następujące kryteria:
- 1) znaczny stopień niepełnosprawności (lub inne orzeczenie równoważne) lub orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (do 16 roku życia) ,
 - 2) orzeczenie wydane na stałe,
 - 3) osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub osoba z dysfunkcją narządu wzroku lub osoba z dysfunkcją narządu słuchu,
 - 4) osoba z dysfunkcją co najmniej jednej kończyny górnej i kończyny dolnej lub osoba głuchoniema,
 - 5) osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba głuchoniewidoma,
 - 6) niepełnosprawność sprzężona,
 - 7) osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy,
 - 8) miejsce zamieszkania wieś,
 - 9) nie korzystanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem,
 - 10) nie 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),
 - 11) samodzielne gospodarstwo domowe,
 - 12) zamieszkiwanie wraz z wnioskodawcą innej osoby niepełnosprawnej,
 - 13) kompletność wniosku w dniu przyjęcia,
 - 14) Karta Dużej Rodziny.
- Skala punktowa (ocena merytoryczna) dla wniosków złożonych w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I w 2020 r. stanowi Załącznik nr 1 do niniejszych zasad.
23. Refundacja poniesionych kosztów 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 1 marca 2020 r. i potrwa do 31 sierpnia 2020 roku danego roku realizacji programu – dotyczy Modułu I.**
 9. **Przyjmowanie wniosków w ramach Modułu II rozpocznie się dnia 1 marca 2020 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 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 2020 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 2020r.** (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 złożenia w Systemie Obsługi Wsparcia, 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 2019 r. poz. 1172, 1495, 1696, 1818, 2473).
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 2019 roku do wniosku, zachowuje ważność dla weryfikacji formalnej tego wniosku - do dnia 31 grudnia 2020 roku,
 - 2) zaświadczenie lekarskie złożone przez Wnioskodawcę do wniosku w 2019 roku, zachowuje ważność dla weryfikacji formalnej wniosku - do dnia 31 grudnia 2020 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 1, 3 i 4 zobowiązany jest dostarczyć wraz z wnioskiem dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/ usługodawców) , 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 mieszczą 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 – umożliwiające 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 zaokrążeń.
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 umożliwi 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 2019 r. poz. 776) 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 orzeczoną lekką 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 (przestał być osobą niepełnosprawną w sensie prawnym lub posiada orzeczoną lekką stopniem 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 przekaze 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,
- e. Zadanie 5
- ✓ pomoc udzielona w Zadaniu 1,3 lub 5
 - ✓ znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia- orzeczenie o niepełnosprawności
3. Obszar C:
- a. Zadanie 1:
- ✓ znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie 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. W przypadku Wnioskodawców, posiadających zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne potwierdzone przez NFZ na wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym (specjalny), zlecenie równoważne będzie z pozytywną opinią eksperta PFRON,
 - ✓ 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) **dodatku 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) **dysfunkcjach uniemożliwiających samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym (w przypadku Obszaru C Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim; oceniając zasadność dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym należy brać pod uwagę, czy:
 - a) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
 - b) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
 - c) istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja),
 - d) zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej;

- 6) **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 lub wnioski w Obszarze B Zadanie 4 dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;
- 7) **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;
- 8) **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;
- 9) **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;
- 10) **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 mózgowo, choroby neuromięśniowe);
- 11) **ekspercie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w przypadku Obszaru C Zadanie 1)** - należy przez to rozumieć lekarza specjalistę z dziedziny rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii albo innego lekarza specjalistę w dziedzinie związanej z przedmiotem dofinansowania; funkcje eksperta PFRON zleca właściwy terytorialnie oddział PFRON; 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

firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne osobowe itp.; w przypadku braku możliwości zlecenia na terenie działania Oddziału funkcji eksperta PFRON zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne na wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym (specjalny) potwierdzone przez NFZ, może być traktowane jako pozytywna opinia eksperta PFRON w zakresie rokowania uzyskania przez potencjalnego Beneficjenta zdolności do pracy albo do podjęcia nauki w wyniku wsparcia udzielonego w programie;

- 12) ePUAP – należy przez to rozumieć elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej;
- 13) **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 protezytyczną 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;
- 14) **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;
- 15) **informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półroczu 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.);
- 16) **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 2019 r. poz. 1390, z późn. zm.) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin

wielodziennych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;

- 17) **kolegium** – należy przez to rozumieć kolegium działające zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.);
- 18) **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;
- 19) **kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego (Obszar B Zadanie 5)** – 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;
- 20) **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;
- 21) **nauce(w przypadku Obszaru C Zadanie1)**- należy przez to zrozumieć naukę w ramach każdej z form edukacji przewidzianych w art. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe(Dz.U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.), a także w szkole wyższej lub w ramach przewodu doktorskiego otwartego poza studiami doktoranckimi;
- 22) **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);
- 23) **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;
- 24) **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;

- 25) **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 umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego; do mobilnych przedmiotów można zaliczyć przykładowo: specjalny fotel pasażera, w tym fotelik dziecięcy, podnośnik lub najazd/podjazd/rampę podjazdową do wózka inwalidzkiego, dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego itp.;
- 26) **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;
- 27) **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;
- 28) **osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:
- 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 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), a także,
 - 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)
- 29) **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);
- 30) **posiadacz 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.);

- 31) **poziomie jakości protez kończyny górnej** – należy przez to rozumieć:
- 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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;
- 32) **poziomie jakości protez kończyny dolnej** – należy przez to rozumieć:
- poziom I - proteza wykonana w ramach limitu NFZ; posiada najprostsze elementy mechaniczne; nie daje możliwości lokomocyjnych dla codziennego funkcjonowania pacjenta,
 - 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,
 - 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,
 - poziom IV - grupa najnowocześniejszych w świecie protez, także z elementami sterowanymi cyfrowo, z wielowarstwowymi lejami oraz najłżejszymi elementami nośnymi; umożliwiają w niektórych przypadkach także aktywność sportową i rekreacyjną pacjentów;
- 33) **półroczu/semestrze** – należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki, obejmujący zajęcia dydaktyczne i sesję egzaminacyjną;
- 34) **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;
- 35) **Profilu zaufanym** – należy przez to rozumieć sposób uwierzytelniania wnioskodawcy/użytkownika dostępnym na ePUAP;

- 36) **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;
- 37) **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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;
- 38) **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 dzieckański, urlop zdrowotny;
- 39) **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;
- 40) **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;
- 41) **sprzęcie elektronicznym 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;
- 42) **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;
- 43) **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;
- 44) **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 2019 r., poz. 1148, z późn. zm.);

- 45) **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;
- 46) **urządzeniach brajlowskich** – należy przez to rozumieć elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku;
- 47) **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;
- 48) **wózku inwalidzkim o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć wózek inwalidzki wyposażony w napęd elektryczny i akumulatory, przeznaczony do przemieszczania się głównie wewnątrz, ale także na zewnątrz pomieszczeń wraz z wyposażeniem, także dodatkowym; wózek poprawia lub utrzymuje wydolność osoby niepełnosprawnej ruchowo w zakresie mobilności użytecznej w czynnościach codziennych i samoobsłudze, a także uczestniczenia społecznego (w szczególności uczestniczenia w edukacji, wykonywania pracy zarobkowej);
- 49) **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;
- 50) **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 2019 r. poz. 299, z późn. zm.),
 - d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292, z późn. zm.),
 - e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
 - f) w przypadku modułu I - staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482, 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;

- 51) **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;
- 52) **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 2020 r. w Powiecie Kozienickim mają zastosowanie:
 - ✓ Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 r. – stanowiące załącznik do uchwały nr 3/2020 Zarządu PFRON z dnia 7 stycznia 2020r.
 - ✓ 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 2020 r.

§1
Punkty podstawowe

1. Znaczny stopień niepełnosprawności (lub inne orzeczenie równoważne) lub orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (do 16 roku życia)- **5 pkt**
2. Orzeczenie o niepełnosprawności wydane na stałe- **1 pkt**
3. Osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub osoba z dysfunkcją narządu wzroku lub osoba z dysfunkcją narządu słuchu – **10 pkt**
4. Osoba z dysfunkcją co najmniej jednej kończyny górnej i kończyny dolnej lub osoba głuchoniema - **10 pkt**
5. Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba głuchoniewidoma - **12 pkt**
6. Niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności w orzeczeniu, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)-**2 pkt**
7. Osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy – **1 pkt**
8. Miejsce zamieszkania wieś- **1 pkt**
9. Nie korzystanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem- **2 pkt**
10. Nie 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 pkt**
11. Samodzielnie prowadzone gospodarstwo domowe – **1 pkt**
12. Zamieszkiwanie wraz z wnioskodawcą innej osoby niepełnosprawnej- **2 pkt**
13. Wniosek kompletny w dniu przyjęcia- **1pkt**
14. Karta Dużej Rodziny- **1pkt**

§2
Punkty preferencyjne

PREFERENCJE DODATKOWE WNIOSKODAWCY W 2020 ROKU KTÓRZY:

1. są zatrudnieni – **25 pkt**
2. posiadają podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP i złożyły wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej w SOW- **10 pkt**
3. złożyły wniosek w pierwszym półroczu 2020 roku- **10 pkt**
4. w 2019 lub w 2020 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – **5 pkt;**

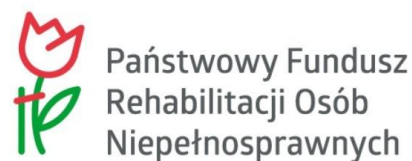
W 2020 r. wyznacza się minimalny próg punktowy dla Wnioskodawców, umożliwiający bieżące udzielenie dofinansowania na poziomie – **10 pkt.**

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 7/2020

Starosty Powiatu Kozienskiego

z dnia 27 lutego 2020 r.

**Wzory dokumentów
obowiązujących w ramach
programu
„Aktywny samorząd”
w 2020 roku
w Powiecie Kozienskim**



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i
zawodową**

**Obszar A – Zadanie nr 1
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego
samochodu**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O
DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	

Adres e-mail:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY
LUB
DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
-------------------	------------------

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- Dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniona/y)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniona/y

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium

ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności): tak nie

Opis posiadanego dodatkowego wyposażenia:

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem

samochodu: tak nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku

kalendarzowym. tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo

domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy -
dochód netto

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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 1

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie			
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła			
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia			
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia			
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia			
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec			
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów			
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne			
<input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego			
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników			
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania			
<input type="checkbox"/> inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):			
Razem:			

Minimalny procentowy udział własny wnioskodawcy wynosi co najmniej 15% ceny brutto zakupu/usługi:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

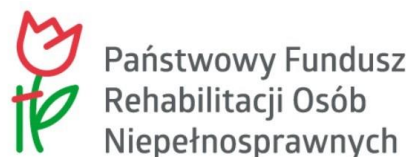
ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar A – Zadanie nr 2 lub 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy**

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (wniosek A3)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
 02-P – choroby psychiczne
 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia

- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do

edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Czy wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy: tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 lub 3

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Kategoria prawa jazdy:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B+E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C+E <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1+E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D+E <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1+E <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Inna
Inna, jaka:	
Planowany termin kursu – Od dnia:	
Planowany termin kursu – Do dnia:	
Nazwa ośrodka:	
Adres ośrodka:	
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota do- finansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy):			
<input type="checkbox"/> Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:			
Powyższy koszt dotyczy wyłącznie kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca. Do rozliczenia dofinansowania będą potrzebne faktury, bilety PKP II klasy, a w przypadku dojazdu samochodem - kalkulacja poniesionych kosztów - liczba kilometrów ogółem, zużycie paliwa na 100 km, cena paliwa.			
<input type="checkbox"/> Koszty jazd doszkalających:			

<input type="checkbox"/> Koszty usług tłumacza migowego (dotyczy dofinansowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego):			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

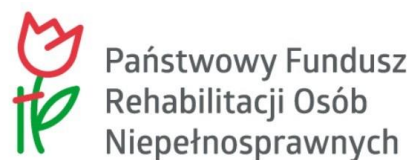
Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

--	--



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i
zawodową**

**Obszar A – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego
samochodu**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O
DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	

Adres e-mail:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
 - osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
 - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe

- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR? tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak

- nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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): tak nie

Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności): tak nie

Opis dodatkowego wyposażenia:

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

tak nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym. tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> system wspomaganie parkowania			
<input type="checkbox"/> komunikatory / tablice			
<input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych			
<input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje			
<input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)			
<input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne			
<input type="checkbox"/> inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

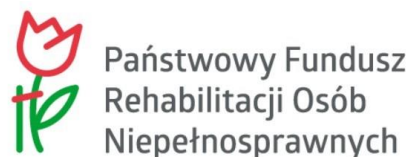
Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz
oprogramowania**

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	

Adres e-mail:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
-------------------	------------------

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania? tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)” w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

tak nie

Proszę wymienić:

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - *dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;*

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego

zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4				
Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Standardowy sprzęt komputerowy i/lub oprogramowanie w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt)	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Smartfon lub tablet	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Linijka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Drukarka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Każde inne urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny			

	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
Razem:				

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

<p>Data, pieczęćka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</p>	<p>Data, pieczęćka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</p>



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B – Zadanie nr 2
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu
sprzętu elektronicznego i oprogramowania**

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<p>Wnioskodawca składa wniosek:</p>	<p><input type="checkbox"/> we własnym imieniu</p> <p><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego</p> <p><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego</p>
<p>Imię:</p>	
<p>Drugie imię:</p>	
<p>Nazwisko:</p>	
<p>PESEL:</p>	

Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia

- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)

- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości

skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 2

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Kurs 1 Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie: Zakres tematyczny: Liczba godzin:			
<input type="checkbox"/> Kurs 2 Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie: Zakres tematyczny: Liczba godzin:			
<input type="checkbox"/> Kurs 3 Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie: Zakres tematyczny: Liczba godzin:			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

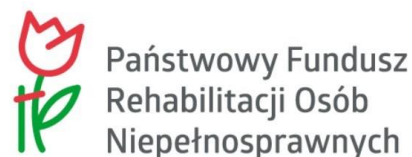
ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B – Zadanie nr 5
dofinansowanie utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu
elektronicznego, zakupionego w ramach programu**

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

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):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup części zamiennych Proszę wymienić części zamienne:			
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:			
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu			
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego			
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji			
<input type="checkbox"/> Inne Proszę wymienić inne koszty:			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

Informacje uzupełniające

Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem sprzętu elektronicznego upłynął:

tak nie

Czy posiadany sprzęt elektroniczny był naprawiany:

tak nie

Czy gwarancja na naprawę upłynęła:

tak nie

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	

Nazwa banku:	
---------------------	--

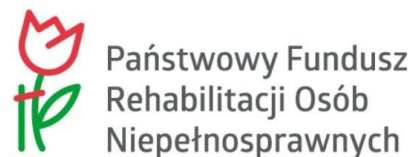
ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar C – Zadanie nr 1
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Zawartość

Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniona/y)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniona/y

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium

- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Posiadam wózek inwalidzki elektryczny: tak nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny: tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym. tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto

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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 1

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym: Typ: <input type="checkbox"/> wózek jednoosobowy <input type="checkbox"/> wózek dwuosobowy			
Model:			
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie Jakie, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):			
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON:			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

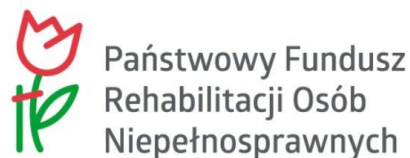
ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 2
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBCENIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

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):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup części zamiennych Jakich:			
<input type="checkbox"/> Zakup akumulatora			
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia Jakiego:			

<input type="checkbox"/> Koszty naprawy / remontu			
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego			
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji / renowacji			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Wnioskodawca/podopieczny użytkuje obecnie wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym lub skuter: tak nie **Rok produkcji:**

Model:

Okres gwarancyjny na naprawę wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub skutera upłynął:

tak nie

Okres gwarancyjny na naprawę przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania upłynął:

tak nie

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

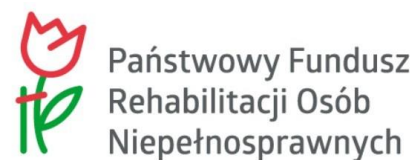
ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>	



Data wpływu:
Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 3
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne
rozwiązania techniczne**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM
WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR? tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:

- nie dotyczy
- w zakresie ręki
- przedramienia
- ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:

- nie dotyczy
- w zakresie ręki
- przedramienia
- ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:

- nie dotyczy
- na poziomie podudzia
- na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:

- nie dotyczy
- na poziomie podudzia
- na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup protezy			
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Przyczyna amputacji kończyny:	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
Posiadam protezę:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Od roku:	
Rodzaj/opis techniczny:	
Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Data:	
W ramach:	
Data:	
W ramach:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

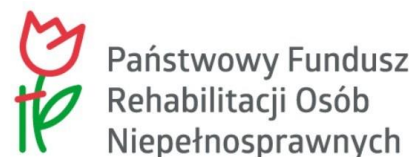
Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w
której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- Dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

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):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup elementów zamiennych Proszę wymienić elementy zamienne:			
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:			
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu			
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego			
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji			
<input type="checkbox"/> Inne Proszę wymienić inne koszty:			
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Nazwa pola	Zawartość
Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym
Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Przyczyna amputacji kończyny:	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy posiadana proteza była naprawiana:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy gwarancja na naprawę upłynęła:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Data:	
W ramach:	
Data:	
W ramach:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 5
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego**

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBCENIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

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):

tak nie

Posiadam wózek inwalidzki ręczny:

tak nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto

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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Trzykołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Czterokołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Napęd elektryczny do wózka ręcznego			
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie Jakie, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):			
Razem:			

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

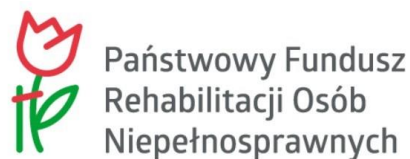
ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar D
pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla
osoby zależnej**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- osoba głucha
- osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

OBECNIE DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum

- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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):

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.

tak nie

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar D

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 miesiące	Zakres dat (od dnia do dnia)	Miesięcznie	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zaku- pie (w zł)	Wnioskowa- na kwota dofinansowa- nia (w zł)

WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ŁĄCZNIE

Nazwa pola	Zawartość
Cena brutto (w zł) za wskazany okres pobytu:	
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł):	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNISKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	

Nazwa banku:	
---------------------	--

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>



Data wpływu:
Nr sprawy:

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

WNIOSEK „M-II” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	

Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

ADRES KORESPONDENCYJNY

- Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- średnie ogólne
 średnie zawodowe
 policealne
 wyższe
 inne, jakie:

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun

prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 05-R – narząd ruchu
- wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma

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

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

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):

- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza

zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

Forma zatrudnienia	Od dnia
<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	

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do edukacji na poziomie wyższym:

tak nie

Data otrzymania dofinansowania (dzień, miesiąc, rok)	Rok studiów	Semestr	Forma studiów	Wydział	Kierunek

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie do edukacji w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie):

tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

Zobowiązania wobec PFRON i Realizatora programu

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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2020 r.”.

Wnioskodawca otrzymał na pokrycie kosztów wskazanych w poniższej tabeli (tabela na stronie 8 i kolejnych) dofinansowanie (stypendium celowe, np. na pokrycie kosztów czesnego) z innych źródeł, tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych, innych:

tak nie

Jeżeli tak, należy podać rodzaj kosztu jaki został/zostanie dofinansowany z innych źródeł (należy podać nazwę źródła i wysokości pomocy), formę, kierunek nauki, w ramach której Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie w okresie objętym dofinansowaniem ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

- tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa
 media
 Realizator programu
 PFRON
 inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru: $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

- Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z PFRON na ten sam semestr:

tak nie

I. Kierunek

- | | |
|--|---|
| <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"/> szkoła doktorska | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka w 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) |
|--|---|

Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	
Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

I. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

tak nie

Dodatek na pokrycie innych kosztów kształcenia - niezależnie od liczby kierunków/form kształcenia	Maksymalna kwota dofinansowania, zgodnie z zasadami programu	Kwota wnioskowana (nie może być wyższa od kwoty maksymalnej)
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada podpis elektroniczny lub Profil Zaufany na platformie ePUAP i składa wniosek o dofinansowanie do edukacji w Systemie SOW – wsparcie jednorazowe, tylko dla Wnioskodawców, którzy korzystają z tego zwiększenia po raz pierwszy:	800 zł	
Podstawowa kwota dodatku (1.000 zł - dla Wnioskodawców pobierających naukę w szkole policealnej lub kolegium, 1.500 zł - dla pozostałych Wnioskodawców):	1000 zł lub 1500 zł	
Zwiększenie w sytuacjach, które określił Realizator programu (PCPR) - kryteria dostępne u Realizatora programu:	700 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	500 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki:	300 zł	
Zwiększenie w przypadku studiów/nauki w przyspieszonym trybie:	200 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawcą jest osobą poszkodowaną w 2019 lub w 2020 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:	300 zł	
Zwiększenie, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego:	300 zł	
Suma:	X	

Maksymalna przyznana kwota dodatku na pokrycie kosztów kształcenia:

- Może być równa kwocie maksymalnej w przypadku gdy:
 - a) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach III stopnia (doktoranckich)
 - b) Wnioskodawca pobiera naukę na studiach II stopnia (magisterskich uzupełniających)
 - c) Wnioskodawca pobiera naukę co najmniej na trzecim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji
- Może stanowić do 75 % kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
 - a) Wnioskodawca pobiera naukę w ramach form kształcenia trwających tylko jeden rok
 - b) Wnioskodawca pobiera naukę na drugim roku nauki w ramach wszystkich form edukacji • Może stanowić do 50% kwoty maksymalnej w przypadku gdy:
 - a) Wnioskodawca pobiera naukę na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji.

W kolumnie: "Wnioskowana kwota dofinansowania" Wnioskodawca wypełnia te wiersze, które go dotyczą.

II. Kierunek

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej |
| <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia | <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
| <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"/> szkoła doktorska | |

Nazwa pola	Zawartość
System niestacjonarny:	<input type="checkbox"/> zaoczny <input type="checkbox"/> wieczorowy <input type="checkbox"/> eksternistyczny
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	

Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY

II. Kierunek

Nazwa pola	Zawartość
Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	

Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

III. Kierunek

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej |
| <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia | <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | |
| <input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych osób | |
| <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim | |
| <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | |
| <input type="checkbox"/> szkoła doktorska | |

Nazwa pola	Zawartość
Nauka za pośrednictwem internetu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca pobiera naukę także na innym kierunku:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Rok akademicki/szkolny:	
Semestr nauki:	
Data rozpoczęcia semestru:	
Data zakończenia semestru:	
Liczba semestrów ogółem na kierunku:	
Data rozpoczęcia nauki na kierunku:	
Data zakończenia nauki na kierunku:	
Przewidywana data zakończenia studiów doktoranckich/zakończenia przewodu:	

DANE UCZELNI/SZKOŁY**III. Kierunek**

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Rodzaj uczelni:	<input type="checkbox"/> uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> uczelnia wyższa zagraniczna <input type="checkbox"/> inna
Pełna nazwa szkoły (uczelnia wyższa):	
Pełna nazwa szkoły lub jednostki, w której otwarty został przewód doktorski:	
Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Telefon:	
Adres WWW:	
Wydział:	
Kierunek:	
Specjalność:	

WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NA PÓŁROCZE)

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego:	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztów opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Wnioskodawca stara się o dofinansowanie opłaty za naukę (czesne):

tak nie

Koszt	Kwota wnioskowana
Całkowity koszt opłaty za naukę (czesne):	
Kwota uzyskanego dofinansowania kosztu opłaty za naukę (czesne) – z innych źródeł:	
Udział własny w kosztach opłaty:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

PODSUMOWANIE

Nazwa pola	Zawartość
Całkowity koszt opłaty za naukę:	
Udział własny:	
Wnioskowana kwota dofinansowania na naukę:	
Wnioskowana kwota dofinansowania dodatku:	
Wnioskowana kwota dofinansowania razem:	
Procentowy udział własny wnioskodawcy:	
Udział kwoty wnioskowanej w całkowitych kosztach opłaty:	

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Średnia ocen w poprzednim semestrze w ramach wszystkich form edukacji i kierunków:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

Pilotażowy program „Aktywny samorząd” realizowany przez Powiat Kozienski

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>	

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 **10 %** 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 wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach **Modułu I Obszar C Zadanie 1** 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 **25 %** 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 %** kosztów 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%** kosztów
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

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wraz ze mną zamieszkuje inna osoba niepełnosprawna.

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

UZASADNIENIE WNIOSKU

(w przypadku ubiegania się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PCPR w Koziernicach
(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 <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data zakończenia semestru <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>	

Pilotażowy program „Aktywny samorząd” realizowany przez Powiat Kozienski

*-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 pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, 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"/>	Trwale 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 lub wyłuszczeniu 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 lub wyłuszczeniu 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:**

proszę zakreślić właściwe pola

1. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się:

tak **nie**

2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu

tak **nie**

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):

tak **nie**

4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak **nie**

5. **Przeciwwskazania** do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):

.....

brak przeciwwskazań

pieczętka, nr i
 podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)		
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

Pilotażowy program „Aktywny samorząd” realizowany przez Powiat Kozienski
(proszę zakreślić właściwe pola)

<input type="checkbox"/>	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr - dotyczy Modułu I			
I.	Punktacja podstawowa	Liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Znaczny stopień niepełnosprawności (lub inne orzeczenie równoważne) lub orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (do 16 roku życia)	5	
2	Orzeczenie o niepełnosprawności wydane na stałe	1	
3	Osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub osoba z dysfunkcją narządu wzroku lub osoba z dysfunkcją narządu słuchu	10	
4	Osoba z dysfunkcją co najmniej jednej kończyny górnej i kończyny dolnej lub osoba głuchoniema	10	
5	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba głuchoniewidoma	12	
6	Niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności w orzeczeniu, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)	2	
7	Osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy	1	
8	Miejsce zamieszkania wieś	1	
9	Nie korzystanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego wnioskiem	2	
10	Nie 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	
11	Samodzielnie prowadzone gospodarstwo domowe	1	
12	Zamieszkiwanie wraz z wnioskodawcą innej osoby niepełnosprawnej	2	
13	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	1	
14	Karta Dużej Rodziny	1	
RAZEM PUNKTÓW PODSTAWOWYCH			
II.	Punktacja preferencyjna	Liczba punktów	Punktacja wniosku
PREFERENCJE DODATKOWE WNIOSKODAWCY W 2020 ROKU KTÓRZY			
	są zatrudnieni	25	
	Posiadają podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP i złożył wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej SOW	10	
	Złożył wniosek w pierwszym półroczu 2020 roku	10	
	w 2019 lub w 2020 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	5	
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			
Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta