

###### Wniosek złożono w ........................ w dniu ............................

 *Wypełnia Realizator programu*

 Moduł I-Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR C- Likwidacja barier w poruszaniu się

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

WNIOSEK „C1” - wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

 (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

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

|  |
| --- |
| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY |
|  rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego  Imię...................................................Nazwisko............................................................. Data urodzenia ....................r. Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu...........................r. przez............................................ PESEL Płeć: kobieta   mężczyzna Wnioskodawca jest osobą: Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty * samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

 wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały Kod pocztowy - ............................................ (poczta) Miejscowość ........................................................................ Ulica ................................................................................... Nr domu ........... nr lok. ......... Powiat ............................... Województwo .....................................................................miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś  | **ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)Kod pocztowy - ...................... (poczta)Miejscowość ...........................................................Ulica ........................................................................Nr domu ................. nr lokalu ................................Powiat .....................................................................Województwo ...................................................... |
| Adres korespondencyjny: (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**) .............................................................................................................................................................................. |
| **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ..............nr telefonu ...................................../nr tel. komórkowego:...............................................................e’mail (*o ile dotyczy*): ..................................................................................................................................................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie: |

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym**” |
| DANE PERSONALNE Imię ....................................................................Nazwisko ............................................................Data urodzenia:................................................. r.PESEL Pełnoletni: tak   nie Płeć: kobieta   mężczyzna | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** **(ADRES)**(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)Kod pocztowy - ............................................ (poczta) Miejscowość .................................................................Ulica ............................................................................Nr domu ........................... Nr lok. ................................Powiat ..........................................................................Województwo ............................................................... miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | znaczny stopień     | I grupa inwalidzka |
| całkowita niezdolność do pracy | umiarkowany stopień  | II grupa inwalidzka |
| częściowa niezdolność do pracy | lekki stopień     | III grupa inwalidzka |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
|  **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  |  **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej |
|  **obu** kończyn dolnych |  **jednej** kończyny dolnej | innym |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ):  |
| Wymagane zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające znacznie obniżoną sprawność ruchową |  **11-I** inne (np. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe)  |
|  **10-N** choroby neurologiczne |  **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI |
| ŻŁOBEK |  PRZEDSZKOLE | SZKOŁA PODSTAWOWA |
|  GIMNAZJUM |  TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY |
|  ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA  |  LICEUM |  TECHNIKUM |
|  SZKOŁA POLICEALNA |  KOLEGIUM |  STUDIA   |
|  INNA, jaka .................................................................................................. | nie dotyczy |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI****Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................**Miejscowość** ........................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ................................**Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ......................................................................................  |
| ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** **nie**  | internat: **tak** **nie**  |
| Nauka prowadzi do: zdania maturyuzyskania średniego wykształceniauzyskania zawodu |
| **Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?** | **tak** **nie**  |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (*o ile dotyczy*) |
|  **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** |
|  **zatrudniona/y:****od dnia:**..................................... **do dnia:** ........................................... **na czas nieokreślony inny, jaki: ...................................** | **Nazwa pracodawcy**: ......................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę** **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** **umowa cywilnoprawna** **staż zawodowy** | **Adres miejsca pracy**: ................................................................ ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** ........................................ |
|  **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ...................................... |  **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**..........................., **dokonanego w urzędzie:** ............................................................................................ **inna, jaka i na jakiej podstawie:...........................................................................................** |
|  **działalność rolnicza** | **Miejsce prowadzenia działalności**: ................................................................................... |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca( lub jego podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat ( licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | tak nie  |
| Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)  | Beneficjent(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy  | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł)  | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |
|  |  |  |  |  |  | .  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: |  |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknieJeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... ..............................................................................................................................................................................................Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1.Uzasadnienie:1. należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania

 1. związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu
2. jak wnioskowany przedmiot dofinasowania podniesie jakość życia
3. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.
 | 1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………….
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. |  - tak - nie |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? |  - tak - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? |  - tak (1 osoba)    - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 5) Czy Wnioskodawca oświadcza, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy ? |  - tak - nie - nie dotyczy |
| 6) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego? |  - tak - nie - nie dotyczy |
| 7) Czy Wnioskodawca został poszkodowany w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? |  - tak - nie |

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania** - Obszar C Zadanie 1

|  |
| --- |
| **Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:** |
|  |
| **Dopuszczalne obciążenie wózka:**  | **Dodatkowe wyposażenie wózka:** |

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot dofinansowania**  | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| **Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym**  |  |  |
| **Akumulator** |  |  |
| **Inne, dodatkowe wyposażenie**  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

**6. Informacje uzupełniające**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny korzystał\* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):**
 |  **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada\* wózek o napędzie elektrycznym:**

**MODEL …….............................. zakupiony ze środków: ..............................................** | **rok nabycia: .............................r.** **nie dotyczy**  |
| 1. Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: ……………………..…………..
 |  **tak - w ........... roku nie** |
| 1. Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: ………………………….
 |  **tak - w ........... roku nie** |
| 1. **Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:**
 | **………………………….…….……. kg** |
| 1. **Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:**
 | **…………………………….……….cm** |
| 1. **Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia\* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:**
 |  **tak nie** |
| * jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:
 |  **tak nie** |
| * Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:
 |  **tak nie** |
| 1. **Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia\* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:**
 |  **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny może\* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:**
 |  **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał\* z pomocy innych osób:**
 |  **tak nie** |
| 1. **Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują\* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:**
 |  **tak nie** |
| * występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:
 |  **tak nie** |
| * występują masywne przykurcze wyprostne biodra:
 |  **tak nie** |
| * zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:
 |  **tak nie** |

*\* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym*

**Oświadczam, że:**

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem - ……....................................  tak -  nie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl/), a także:...............................................................,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: **□** tak - **□** nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
8. w ciągu ostatnich 3 latbyłem(am)stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **□** tak - **□** nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
10. nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

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

|  |
| --- |
| ...................................... dnia ..... /....... /20....... r. ................................         **podpis Wnioskodawcy** |

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
|  | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |   |   |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie, pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru)* |   |   |  |
|  | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru)* |   |   |  |
|  | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |   |   |  |
|  | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |   |   |  |
|  | Specyfikacja przedmiotu dofinasowania wraz z kosztem planowanym do dofinasowania ze środków PFRON- dwie niezależne oferty, dotyczące przedmiotu dofinansowania |   |   |  |
|  | Zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie z wyodrębnionym czasookresem zatrudnienia |   |   |  |
|  | Zaświadczenie z uczelni/szkoły potwierdzające statut studenta/ucznia |   |   |  |
|  | Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca został poszkodowany w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych |   |   |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |
|  |  |   |   |  |

Słownik

Zadanie 1: pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

**1. Aktywność zawodowa** – należy przez to rozumieć:

1. zatrudnienie, lub
2. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
3. 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. Zatrudnienie** – należy przez to rozumieć:

a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,

c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.),

d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców(Dz. U. z 2018 r. poz. 646, z późn. zm.),

e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),

f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.),

okresy zatrudnienia Wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;

**3. Gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

* 1. **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

 lub

* 1. **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów;

**4. Miejsce 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;

**5. Przeciętny miesięczny dochód** **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 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018, poz. 911) według wzoru: [(3.399 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

**6. Wymagalne zobowiązania** – 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,

1. **Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:

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

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję);

**8. Zdarzenia losowe** – 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.

**9. nauce (w przypadku Obszaru C Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć 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), a także w szkole wyższej lub w ramach przewodu doktorskiego otwartego poza studiami doktoranckimi;”,

**10. wózek inwalidzki 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)

**11. ekspert 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; funkcję eksperta Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zleca właściwy terytorialnie Oddział Państwowego Funduszu 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 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 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne na wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym (specjalny) potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, może być traktowane jak pozytywna opinia eksperta PFRON w zakresie rokowania uzyskania przez potencjalnego beneficjenta zdolności do pracy albo do podjęcia nauki w wyniku wsparcia udzielonego w programie

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................. – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

|  |
| --- |
| **Deklaracja bezstronności** **Oświadczam, że:**1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie  | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)  | Data, pieczątki i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**  |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania |  - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego  |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ....................../ ......................../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: ........................................................................... |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

 **Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ................/ ......................../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

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

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON** **pozytywna**: **w ramach obszaru:........ negatywna**: **w ramach obszaru:..........** |
| **Deklaracja bezstronności** **Oświadczam, że:*** 1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
	2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
	3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
	4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
|  **Obszar C** |  |  |
|  **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| ...................20...... r. ............................ ........................... data podpisy osób podejmujących decyzję  |

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

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

 *data, podpis:*