



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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

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

### 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   |
|------------------------|---|
| <b>Imię:</b>           |   |
| <b>Drugie imię:</b>    |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

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

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

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

*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 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 |
|---------|----------------------|
|         |                      |
|         |                      |
|         |                      |



## 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<br><b>Jakich:</b>        |                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Zakup akumulatora                                |                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia<br><b>Jakiego:</b> |                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Koszty naprawy / remontu                         |                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego                    |                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Koszty konserwacji / renowacji                   |                    |  |   |
| <b>Razem:</b>   |                    |  |   |

**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 |
|--|-------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia),</li> <li>2. Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,</li> <li>3. Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,</li> <li>4. Faktura VAT, faktura proforma lub oferta cenowa,</li> <li>5. Potwierdzenie posiadania skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,</li> <li>6. Obowiązek informacyjny w sytuacji pozyskania danych od osoby, której dane dotyczą,</li> </ol> |       |

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

| Miejscowość  | Data  | Podpis Wnioskodawcy |
|--|---|---------------------|
|  |   |                     |
| <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> |                     |
|  |   |                     |