



## DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

### 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  miasto powyżej 5 tys. mieszkańców  wieś

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
---	--	---

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
---	--	--

<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
---	--	---

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA /PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

dysfunkcja obu kończyn górnych

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

**03-L** w zakresie:  osoba głucha  osoba głuchoniema

**04-O** w zakresie:  osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma

**10-N**  **12-C**  **01-U**  **02-P**  **06-E**  **07-S**  **08-T**  **09-M**  **11-I**  **12-C**

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA DZIECKA /PODOPIECZNEGO

nie dotyczy

nieaktywna/y zawodowo

bezrobotna/y (zarejestrowana/y w PUP) podać okres zarejestrowania w pełnych miesiącach :.....

poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w PUP i niezatrudniony)

zatrudniona/y

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

**FORMA ZATRUDNIENIA**

**OD DNIA DO DNIA**

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		
<b>OBECNIE WNIOSKODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/ UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM</b>		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> przedszkole	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> technikum	<input type="checkbox"/> liceum
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia I stopnia
<input type="checkbox"/> studia II stopnia	<input type="checkbox"/> studia magisterskie (jednolite)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> przewód doktorski	<input type="checkbox"/> szkoła doktorska
<input type="checkbox"/> uczelnia zagraniczna	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach UE	<input type="checkbox"/> inna jaka:

<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....</b>		
.....		
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

<b>Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON_ w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie) w tym poprzez PCPR lub MOPR?</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
ZADANIE	Kwota dofinansowania	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>		

### 3.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.( Uzasadnieni można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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

Czy w 2019 lub 2020 roku Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( przez osobę poszkodowaną należy rozumieć osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz.U.z 2018r. 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 2004r. o pomocy społecznej, a także osobę którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym( np. pożar, kradzież, zalanie) udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę ( np. pomocy społecznej, straży pożarnej, policji).

- nie    tak-

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<b>Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:</b>		
<b>Dodatkowe wyposażenie wózka:</b>		
<b>Dopuszczalne obciążenie wózka:</b>		
<b>Dodatkowe wyposażenie podać jakie:</b>		
<b>przedmiot dofinansowania</b>	<b>Orientacyjna cena brutto (w zł)</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł)</b>
<b>Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym</b>		
<b>akumulator</b>		
<b>Inne, dodatkowe wyposażenie wymienione w pkt.4</b>		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 5. Informacje uzupełniające- należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym ( zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada wózek o napędzie elektrycznym: MODEL.....zakupiony ze środków.....	Rok nabycia:..... <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: .....	<input type="checkbox"/> - tak w roku.... <input type="checkbox"/> - nie
4) Wnioskodawca/podopieczny uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: .....	<input type="checkbox"/> - tak w roku.... <input type="checkbox"/> - nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	.....kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	.....cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym ( budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
- jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
- Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
- występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
- występują masywne przykurcza wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
- zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

## 6. Dane rachunku bankowego 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)

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

## 7. Średni dochód

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy wynosi: .....

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, 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 1ha przeliczeniowego w 2018 roku( obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019r. – M.P.2019, poz. 870), według wzoru ( 2.715 zł. x liczba hektarów/12) 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).

### Oświadczam, że:

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

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**

## 8. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego ( osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych- załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku - sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	