

## 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**

### DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<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 <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.**

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

**DANE WNIOSKODAWCY**  
**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**  
**DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

*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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

**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:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <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 <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

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

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
---	--	---	--

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

- ☐ Nie dotyczy  
☐ Przedszkole  
☐ Szkoła podstawowa  
☐ 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 definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

**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):**

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

a) osobę zamieszkujejącą 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, 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, 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).

☐ 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 dochód (przeciętny miesięczny dochód 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 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

*Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.*

☐ 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 stopy lub podudzia  
☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  
☐ uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

#### Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:

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

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

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b>	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
<b>Posiadam protezę:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Od roku:	
Rodzaj/opis techniczny:	
<b>Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:</b>	<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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•orzeczenie o niepełnosprawności,</li> <li>•dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/usługodawców), dotyczące wybranego przedmiotu dofinansowania+ 2 faktury pro forma</li> <li>• fakultatywnie: zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny,</li> <li>• fakultatywnie: dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny.</li> <li>•zaświadczenie lekarskie.</li> <li>•klauszula,</li> <li>•o zaświadczenie Pełnomocnika-jeżeli dotyczy,</li> <li>•o zaświadczenie NFZ.</li> </ul>
	Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:
	1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
	2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.
	Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwania ci do okazania oryginału dokumentu.

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

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