



Realizator programu: Powiat Staszowski

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. Realizator zastrzega sobie możliwość wezwania Wnioskodawcy do udokumentowania informacji zawartych we wniosku.

<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie nr 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją narządu ruchu
<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie nr 4
pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko.....Data urodzenia	r.
PESEL , cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość (<u>uzupełnić</u>	
w przypadku braku nr PESEL) : nazwa dokumentu:	
seria numer wydany w dniu.....	
przez.....; termin ważności dokumentu	
tożsamości do dnia..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta , <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne , <input type="checkbox"/> wspólne; Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y ; <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA Kod pocztowy - <p style="text-align: center; font-size: small;">(pocztą)</p> Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców; <input type="checkbox"/> inne miasto; <input type="checkbox"/> wieś	ADRES ZAMELDOWANIA (pobyt stały) Kod pocztowy - <p style="text-align: center; font-size: x-small;">(pocztą)</p> Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo

Adres korespondencyjny: Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczt) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu	Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e'mail (o ile dotyczy):
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa	<input type="checkbox"/> - media	<input type="checkbox"/> - Realizator programu
	<input type="checkbox"/> - PFRON	<input type="checkbox"/> - inne	

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię.....	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)
Nazwisko.....	Miejscowość
Data urodzenia.....	Ulica
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nr domu nr lok. Powiat
Pełnoletni: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Województwo
Płeć: kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/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"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
Wnioskodawca/Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca/Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca/Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni		Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia: <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY					
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe		<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA		<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne		<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja		<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	
		<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego		<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	
				<input type="checkbox"/> 11- I inne	
				<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO					
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy					
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowany w PUP od dnia:.....					
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia:					
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y nie zarejestrowany w PUP					
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:				Nazwa pracodawcy:	
<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				Adres miejsca pracy: Tel. kontaktowy do pracodawcy.....	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: <input type="checkbox"/> nie dotyczy		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....			
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> nie dotyczy		Miejsce prowadzenia działalności:			
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE					
<input type="checkbox"/> podstawowe		<input type="checkbox"/> gimnazjalne		<input type="checkbox"/> zawodowe	
<input type="checkbox"/> średnie ogólne		<input type="checkbox"/> średnie zawodowe		<input type="checkbox"/> policealne	
<input type="checkbox"/> wyższe		<input type="checkbox"/> inne, jakie:			

OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok

Kod pocztowy Miejscowość ulica

Nr domu Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym składany jest wniosek o dofinansowanie ?			tak <input type="checkbox"/> ; nie <input type="checkbox"/>
Nazwa instytucji, która przyznała pomoc ze środków PFRON	Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Wysokość otrzymanego dofinansowania

Razem wysokość otrzymanego dofinansowania:			

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! Termin wymagalnych zobowiązań został określony w ust.31 pkt 43 „Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 roku.

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. 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON na ten sam cel. (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadania sprzętu)</p> <p>Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z aktywnością zawodową i nauką podopiecznego lub wnioskodawcy.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>7) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 1:

Przez **oprzyrządowanie samochodu** należy 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/rampe podjazdową do wózka inwalidzkiego, dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego itp.;

Wnioskowana kwota dofinansowania i udział własny

Orientacyjna cena brutto zakupu	Kwota wnioskowana ze środków PFRON(zaokrąglona do pełnych zł)	Udział własny w zł (15% ceny brutto zakupu/usługi)

Informacje uzupełniające

☐ Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny

☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

☐ Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

☐ Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień

pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny

☐ NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU

☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:

.....

.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach programu

a także w roku w ramach programu.....

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 ☐ dotyczy,
☐ nie dotyczy

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:				
<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 kategoria, jaka:			
Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: <input type="checkbox"/> NIE ; <input type="checkbox"/> TAK				

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu:, termin odbytego kursu:

nazwa i adres ośrodka szkoleniowego:

Kurs odbywać/odbywał się będzie* poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: ☐ NIE ☐ TAK

środek transportu używany na dotarcie do miejsca przeprowadzenia kursu:

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem marki pojazdu, liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

.....
.....

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana w pełnych w zł	Wkład własny (w zł) 25% ceny brutto
Koszt kursu i egzaminów			
oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)			
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu			
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu			
Razem			

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA

JAZDY: ☐ NIE ☐ TAK w r. w ramach

a także w r. w ramach

6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar A Zadanie nr 3 ☐ dotyczy,
☐ nie dotyczy

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:				
<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 kategoria, jaka:			
Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy): <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				

Planowany termin kursu:, nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: ☐ NIE ☐ TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu:

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana w pełnych w zł	Wkład własny (w zł) 25% ceny brutto
Koszt kursu i egzaminów			
oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)			
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu			
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu			
Razem			
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w r. w ramach			
a także w r. w ramach			

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar A Zadanie nr 4 ☐ dotyczy, ☐ nie dotyczy

Przez **oprzyrządowanie samochodu** należy 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.

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	Komunikatory/tablice	
<input type="checkbox"/>	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie, jakie:	
<input type="checkbox"/>	Aplikacje, jakie:	
<input type="checkbox"/>	Sygnalizator	
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie	
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

Wnioskowana kwota dofinansowania i udział własny

Orientacyjna cena brutto zakupu	Kwota wnioskowana ze środków PFRON(zaokrąglona do pełnych zł)	Udział własny w zł (15% ceny brutto zakupu/usługi)

Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

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

numer rachunku bankowego

właściciel rachunku

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu **Powiatu Staszowskiego** ☐ tak - ☐ nie
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie wnioskowanego przedmiotu ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- 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 dofinansowania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem strony internetowej www.pfron.org.pl
- zapoznałam(em) się z przyjętymi przez Realizatora „Zasadami przyznawania i rozliczania dofinansowań ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową w 2019 roku”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem www.staszowski.eu zakładka „Aktywny Samorząd”,

6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup przedmiotu dofinansowania: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie przedmiotu dofinansowania:
- co najmniej 15% ceny brutto - Obszar A zadanie 1** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
- co najmniej 25% ceny brutto – Obszar A zadanie 2** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
- co najmniej 25% ceny brutto- Obszar A zadanie 3** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
- co najmniej 15% ceny brutto- Obszar A zadanie 4** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
9. 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,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać (art. 79 Kodeksu Cywilnego).

.....dnia

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy oraz jego podopiecznego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wysokości średniego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem określonej kategorii – dotyczy obszaru A zadanie 2 i 3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<i>W przypadku Obszaru A zad 1-2- zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia narządu ruchu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - zaświadczenie dotyczy wyłącznie osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności(lub orzeczenie o niepełnosprawności) 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).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia / skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<i>W przypadku Obszaru A zad 4- zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę Wskazujące ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku))- zaświadczenie dotyczy wyłącznie osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, wydanym z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu (03-L)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oświadczenie o stopniu korzystania z usług tłumacza języka migowego – dotyczy Obszaru A zadanie 3 (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019r w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (dokumenty, o których mowa w ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku) - o ile dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (jakie?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych do wniosku dokumentów:

Data, podpis i pieczęć imienna pracownika Realizatora