

...................................................... .

data wpływu wniosku do PCPR

Numer kolejny wniosku .................

DRON.4353.5. .2019

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

w ramach programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I, Obszar A

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

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 właściwe zadanie przez zakreślenie pola )

|  |  |
| --- | --- |
| *– Zadanie nr 1* | *– Zadanie nr 2* |
| *pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu* | *pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawno - ści, z dysfunkcją narządu ruchu* |
| *– Zadanie nr 3* | *– Zadanie nr 4* |
| *pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego* | *pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu* |

**CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko.................................................................................................................................

Data urodzenia ................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo ....................................................................

**Dane dotyczące opiekuna prawnego pełnoletniej osoby niepełnosprawnej nie posiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych bądź jeden z rodziców sprawujący opiekę nad małoletnią osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny:**

Imię i nazwisko.................................................................................................................................

Data urodzenia ................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo ....................................................................

**KONTAKT TELEFONICZNY**: nr kier........... Nr telefonu ................................................

Nr tel. komórkowego: ............................................

e’mail (*o ile dotyczy*): .................................................................

# **POSIADANE ORZECZENIE - WAŻNE DO DNIA: ………………………………..**

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym

b) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu

inne: 10-N lub 12-C inne

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU:**

- media - Realizator programu

- PFRON - inne, jakie:

**ZATRUDNIENIE – DOTYCZY OSÓB W WIEKU EMERYTARNYM**

tak nie

***2.* INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W OSTATNICH TRZECH LATACH: 2018, 2017, 2016**

|  |
| --- |
| tak nie |
| **Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia** | | **Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł)** |
|  | |  |

|  |
| --- |
| 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 |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – DOT. MODUŁU I**

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Szczegółowe uzasadnienie wniosku, jak przedmiot dofinansowana pomoże w realizacji celów programowych (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):   \*przygotowanie Wnioskodawcy do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,  \* umożliwienie Wnioskodawcy aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie | ................................................................................................................  …………………………………………………………………………  ................................................................................................................  ………………………………………………………………………….  ...............................................................................................................  ………………………………………………………………………….  ................................................................................................................  ………………………………………………………………………….  ................................................................................................................  …………………………………………………………………………….  ................................................................................................................ |
| 1. 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 2 przyczyny niepełnosprawności - nie  - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 1. Zakres niepełnosprawności: | - osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub brak obu kończyn górnych lub osoba niewidoma  - osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub z dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoba niedowidząca  - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, osoba głuchoniewidoma  nie dotyczy |
| 1. Aktualnie realizowany etap kształcenia | osoba studiująca  osoba ucząca się obowiązek szkolny szkoła średnia lub zawodowa  nie dotyczy |
| 1. Czy Wnioskodawca jest w wieku aktywności zawodowej?\* 2. Czy Wnioskodawca jest aktualnie zatrudniony? 3. Czy Wnioskodawca jest zarejestrowany w urzędzie pracy jako bezrobotny lub poszukujący pracy? | - tak - nie - nie dotyczy  - tak - nie - nie dotyczy  - tak - nie - nie dotyczy |
| 1. 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 |
| 1. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie o niepełnosprawności)? | - tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 1. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?  np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, miejsce zamieszkania źle zurbanizowane czy skomunikowane z innymi miejscowościami, występują bariery architektoniczne i techniczne, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. | - tak - nie  …...............................................................................................  ……………………………………………………………......  …................................................................................................ |
| 1. Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | - tak - nie |

**\*osoba w wieku aktywności zawodowej-** należy przez to rozumieć pełnoletnie osoby, które nie osiągnęły wieku emerytalnego.

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1 lub 4**

**Oprzyrządowanie samochodu** (zad. 1) – to dostosowanie do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochoduprzez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego

**Oprzyrządowanie samochodu** (zad. 4) – to dostosowanie 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 samochoduprzez 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

**Posiadacz samochodu** (w rozumieniu programu)– to jego właściciel lub współwłaściciel; w przypadku osób niepełnoletnich i pozbawionych zdolności do czynności prawnych, posiadaczem samochodu jest wnioskodawca (opiekun prawny lub przedstawiciel ustawowy); w przypadku, gdy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych (niemontowanych w samochodzie na stałe), posiadanie samochodu może być udokumentowane aktualną umową (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zakupu **(rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) – A1** | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie |  |
| □ | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik  sprzęgła |  |
| □ | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia |  |
| □ | Specjalny fotel pasażera, w tym fotelik dziecięcy |  |
| □ | elektroniczna obręcz przyspieszenia |  |
| □ | ręczny gaz – hamulec |  |
| □ | przedłużenie pedałów |  |
| □ | sterowanie elektroniczne |  |
| □ | podnośnik lub najazd/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego |  |
| □ | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników |  |
| □ | system wspomagania parkowania |  |
| □ | inne, jakie: |  |
|  | RAZEM |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zakupu **(rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) – A4** | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | Komunikatory/tablice |  |
| □ | Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych  sprzęgła |  |
| □ | Oprogramowanie, jakie: |  |
| □ | Aplikacje, jakie: |  |
| □ | Sygnalizator |  |
| □ | Dodatkowe oświetlenie |  |
| □ | Wskaźniki optyczne |  |
| □ | Inne, jakie: |  |
| □ | Inne, jakie: |  |
| □ | Inne, jakie: |  |
| □ | Inne, jakie: |  |
|  | RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU A – ZADANIA: 1 lub 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu/usługi w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego**  **(15% ceny brutto zakupu/usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:...................................rok produkcji  .............., nr rejestracyjny .....................................  Niejestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu  Użytkuję samochód marki:...................................rok produkcji .............., nr rejestracyjny  ..................................... na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia,  dzierżawy itp.)  Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa) ………………………….. jest właścicielem lub współwłaścicielemsamochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:...................................rok produkcji .............., nr rejestracyjny .....................................  W przypadku osób niepełnoletnich i pozbawionych zdolności do czynności prawnych, posiadaczem  samochodu jest Wnioskodawca. Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:  ................................... rok produkcji …………………. nr rejestracyjny ..................................... |
| NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU  POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:  ............................................................................................................................................................  na które otrzymałam/em dofinansowanie ze środków PFRON w ..................roku. |
|  |

|  |
| --- |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA  SAMOCHODU:  NIE TAK w …………….. roku w ramach …………………………………. |
|  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** ..........................................................................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: □ tak - □ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania   
   (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15% ceny brutto),
5. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
6. 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,
7. 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: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
   z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

data czytelny podpis wnioskodawcy

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar A/Zadanie 2 lub 3**

**Prawo jazdy** - należy przez o rozumieć dokument wydany przez odpowiednie organy państwowe, potwierdzający uprawnienia jego posiadacza do prowadzenia pojazdów mechanicznych, z wyłączeniem kategorii**: A, A1, A2 i AM**; warunkiem uzyskania prawa jazdy jest w myśl art. 11 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami m.in. uzyskanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem określonej kategorii

**Koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy –** należy przez o rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zadania (rodzaj planowanego zadania) | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □  □  □ | Kurs i egzamin na prawo jazdy kategorii B  Kurs i egzamin na prawo jazdy pozostałych kategorii …………  Jazdy doszkalające |  |
| □ | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy /dojazd na kurs, zakwaterowanie, wyżywienie w okresie trwania nauki/ : |  |
| □ | Koszty usług tłumacza języka migowego |  |
|  | RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU A – ZADANIA: 2 lub 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Koszty uzyskania prawa jazdy** | **Cena brutto usługi w zł – 100%** | **Wysokość udziału własnego (25% ceny brutto usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
| 1. **Koszt kursu i egzaminów, w tym jazdy doszkalające** |  |  |  |
| 1. **Kosz usług tłumacza języka migowego** |  |  |  |
| 1. **Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy /**tylko w przypadku kursu przeprowadzonego 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** |  | | |

**6. Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem:**

NIE TAK

**7. Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy)**

NIE TAK NIE DOTYCZY

**8. 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. oferty 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, zużycie paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**9. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU  KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY:  NIE TAK w …………….. roku w ramach …………………………………. |
|  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \***  .............................................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................................. |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy: □ tak - □ nie,
5. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
6. 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,
7. 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: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem/am** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
   z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

data czytelny podpis wnioskodawcy

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie   
o ochronie danych RODO) informuję, iż:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
   w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: 62 735 51 52, fax.: 735 02 05,** [**e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl**](mailto:e-mail:%20pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl)**,** [**www.pcpr.powiat-ostrowski.pl**](http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl)**, a współadministratorem Wielkopolski Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w: 60-573 Poznań, ul. Lindego 6, tel.: (61) 66 64 617, e-mail:** [**poznan@pfron.org.pl.**](mailto:poznan@pfron.org.pl.)
2. **Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą   
   w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: 62 62 735 51 52, fax.: 735 02 05** [**e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl**](mailto:e-mail:%20pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl)**.** 
   * **dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c)  
     rozporządzenia RODO, co oznacza iż przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,**
   * **w celach archiwalnych.**
3. **Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.**
4. **Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz** innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa
5. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.**
6. **Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:**
   * **żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,**
   * **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,**
   * **wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

**10. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1... | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.) |  |  |  |
| 2 | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |  |  |  |
| 3 | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |  |  |  |
| 4 | Oświadczenie o wysokości dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym |  |  |  |
| 5 | Wystawione przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły oświadczenie, potwierdzające rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki / na dowolnym druku/ |  |  |  |
| 6 | Wystawione przez pracodawcę oświadczenie, potwierdzające zatrudnienie /na dowolnym druku/ lub zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy |  |  |  |
| 7 | Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu; jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń np. o charakterze neurologicznym- 10N, lub całościowych zaburzeń rozwojowych- 12 C |  |  |  |
| 8 | Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli(db) |  |  |  |
| 9 | Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem określonej kategorii |  |  |  |
| 10 | Oferta/kosztorys wstępny przedmiotu dofinansowania |  |  |  |
| 11 | Faktura za poniesione koszty/koszty poniesione do 180 dni przed dniem złożenia wniosku /A2, A3/ |  |  |  |
| 12 | Dowód osobisty do wglądu |  |  |  |
| 13 | Oświadczenie, iż Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych 1 |  |  |  |
| 14 | Oświadczenie Wnioskodawcy o konieczności korzystania ze wsparcia, w formie usługi tłumacza języka migowego /A3/ |  |  |  |
| 15 | Aktualna umowa(np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.) dokumentująca posiadanie samochodu, gdy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych(niemontowanych w samochodzie na stałe) |  |  |  |
| 16 | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |

1. **osobie poszkodowanej 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 podstawieart. 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. ), 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).

**Wniosek przyjęłam/em**

**..............................................................................**

Data oraz pieczątka i podpis pracownika DRON

**CZĘŚĆ B – 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 pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów  (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów 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 (dotyczy zadań, które przewidują 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 | |  |
| 8 | Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w ramach obszaru A ze środków PFRON: /pomoc może być udzielana co 3 lata, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy/ | - tak - nie | |  |
| 9 | Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/ lub w okresie objętym refundacją kosztów | - tak - nie | |  |
| 10 | Ważne zaświadczenie lekarskie | - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ....................../ ......................../ 20.... r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Wniosek uzupełniony  w zakresie pkt: ........................................................................... | | - tak - nie | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | | |

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

*data, podpis:*

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

*data, podpis:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.............................................................................  **negatywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:............................................................................ | | | |
| **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):** | | | |
| *Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 lub 4* | *Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 lub 3* | |  |
| *................................................... zł* | *................................................... zł* | |  |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR A – Zadanie nr 2 lub 3** | | | |
| Koszty kursu i egzaminów: | | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy  Koszty usług tłumacza języka migowego | |
|  | |  | |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | | | |
| .  ………………………………………. ………………………………………………..  data podpisy osoby podejmującej 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:*