

Data wpływu

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar A – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <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 poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<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:	
Poczta:	
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:	
Poczta:	

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:r.
Numer orzeczenia:	

Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<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
<i>Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.</i>	

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
--

Nazwa pola	Zawartość
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<i>Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.</i>	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy) Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony) <input type="checkbox"/> zatrudniony	

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

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

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

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

Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności):

tak nie

Opis dodatkowego wyposażenia:

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

tak nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

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: $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> system wspomaganie parkowania		
<input type="checkbox"/> komunikatory / tablice		
<input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych		
<input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje		
<input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)		
<input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne		
<input type="checkbox"/> inne, jakie:		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:%		

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	

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

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

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**Lista**

- 1) aktualne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;
- 2) w przypadku osób z niepełnosprawnością z dysfunkcją narządu słuchu (ubytek słuchu powyżej 70 decybeli), która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)_odpowiedni dokument potwierdzający ten stan;
- 3) Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu stanowiące załącznik nr 1 do wniosku,
- 4) podstawa kalkulacji kosztów, zakupu przedmiotu dofinansowania - oferta cenowa np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa);
- 5) oświadczenie Wnioskodawcy dotyczące środków PFRON, stanowiące załącznik nr 11,
- 6) pełnomocnictwo poświadczane notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika lub pełnomocnictwo w zwykłej formie pisemnej (dla wniosków składanych on-line przez system SOW), stanowiące załącznik nr 16, (jeśli dotyczy),
- 7) akt urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością;
- 8) dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby z niepełnosprawnością reprezentowanej przez opiekuna prawnego, w imieniu której występuje opiekun prawny (jeśli dotyczy)
- 9) dokument potwierdzający posiadanie samochodu np. dowodu rejestracyjnego; w przypadku ubiegania się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych (niemontowanych na stałe) np. umowa użytkowania samochodu itp.;
- 10) w przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni - zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie (jeśli dotyczy)
- 11) zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający rejestrację w urzędzie pracy (jeśli dotyczy)
- 12) w przypadku Wnioskodawców i podopiecznych w wieku powyżej 18 r. ż., którzy się uczą - zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki (jeśli dotyczy),
- 13) zgoda współwłaściciela pojazdu na wykonanie wnioskowanych prac - montaż stałych elementów w samochodzie (jeśli dotyczy) wraz ze oświadczeniem na wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych współwłaściciela, .stanowiące załącznik nr 13,
- 14) w przypadku osób poszkodowanych w 2022 lub 2023 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję (jeśli dotyczy)

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

13

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
-----	------

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku z siedzibą przy ul. K. Leczkowa 1 A, 80-432 Gdańsk. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Państwa 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 (RODO) znajdują się na stronie internetowej www.mopr.gda.pl w zakładce „ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Wydziału Rehabilitacji Społecznej MOPR przy ul. Leczkowa 1 A. Klauzula informacyjna RODO dostępna jest również w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) w zakładce "Wzory załączników" pod nazwą "Klauzula informacyjna – Osoby z niepełnosprawnością".