



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 C – Zadanie nr 5
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego**

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 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 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:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
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

<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	

Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr 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:	
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:	

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
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

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.

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
------------	-----------

<p>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:</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<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 niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub 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)

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

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 wózek inwalidzki ręczny:

tak nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:

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 C/Zadanie nr 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Trzykołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Czterokołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie 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
Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):		Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

- 1) aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia);
- 2) zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności zawierające opis rodzaju schorzenia osoby z niepełnosprawnością, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 8 do formularza wniosku),
- 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) w przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni - zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie (jeśli dotyczy),
- 10) zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający rejestrację w urzędzie pracy (jeśli dotyczy),
- 11) w przypadku Wnioskodawców i podopiecznych, którzy się uczą - zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki (jeśli dotyczy),
- 12) 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 DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1	

2	
3	
4	
5	
6	
7	

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".