

**Data wpływu: Nr sprawy:**

# WNIOSEK „M-I”

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu**

# „Aktywny samorząd”

## Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową Obszar C – Zadanie nr 3

**pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY**  **ROLA WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * we własnym imieniu * jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego * jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego * jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) * na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie * 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:** | * pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie * do rozliczenia dofinansowania * do zawarcia umowy * do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku * do złożenia wniosku * 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:** | * kobieta  mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  |
| **Numer lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto powyżej 5 tys. mieszkańców * miasto do 5 tys. mieszkańców * 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:** | * kobieta  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:** | * miasto powyżej 5 tys. mieszkańców * miasto do 5 tys. mieszkańców * 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:** | * tak * nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny * umiarkowany * lekki * nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niezdolność do pracy:** | * całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji * całkowita niezdolność do pracy * częściowa niezdolność do pracy * nie dotyczy |
| *Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.* | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **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:** | * tak  nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny * 3 przyczyny |

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

* nie dotyczy
* nieaktywna/y zawodowo
* bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):

* poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
* zatrudniony

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC** | | | |
| **Forma zatrudnienia** | **Od dnia** | **Na czas nieokreślony** | **Do dnia** |
| * stosunek pracy na podstawie umowy o pracę |  | * tak  nie |  |
| * stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |  | * tak  nie |  |
| * umowa cywilnoprawna |  | * tak  nie |  |
| * staż zawodowy |  | * tak  nie |  |
| * działalność gospodarcza |  | * tak  nie |  |
| * działalność rolnicza |  | * tak  nie |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania |  | * tak  nie |  |

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

* Nie dotyczy
* Przedszkole
* Szkoła podstawowa
* Zasadnicza Szkoła Zawodowa
* Technikum
* Liceum
* Szkoła policealna
* Kolegium
* Studia I stopnia
* Studia II stopnia
* Studia magisterskie (jednolite)
* Studia podyplomowe
* Studia doktoranckie
* Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
* Szkoła doktorska
* Uczelnia zagraniczna
* Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
* Każda inna, jaka:

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**   * tak  nie | |
| **Zadanie** | **Kwota dofinansowania** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**   * tak  nie   **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:**   * tak  nie   **Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:**  Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn.  „Kierunki działań (…)”.  **Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**   * tak  nie | |

## UZASADNIENIE WNIOSKU

### Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

**W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):**

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):**

* tak  nie

##### Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

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

1. *osobę zamieszkującą 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,*
2. *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 2021 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2022 r., według wzoru: [(3.288 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

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

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

## PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

##### Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:

* nie dotyczy
* w zakresie ręki
* przedramienia
* ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

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

* nie dotyczy
* w zakresie ręki
* przedramienia
* ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

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

* nie dotyczy
* na poziomie stopy lub podudzia
* na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
* uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

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

* nie dotyczy
* na poziomie stopy lub podudzia
* na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
* uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot pomocy** | **Cena brutto (w zł)** | **Wnioskowana kwota dofi- nansowania (w zł)** |
| * Zakup protezy |  |  |
| * Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON |  |  |
| **Razem:** |  |  |
| **Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie: Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE** | | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** | |
| **Przyczyna amputacji kończyny:** | * uraz | * inna, jaka: |
| **Posiadam protezę:** | * tak | * nie |
| Od roku: |  | |
| Rodzaj/opis techniczny: |  | |
| **Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:** | * tak | * nie |
| Data: |  | |
| W ramach: |  | |
| Data: |  | |
| W ramach: |  | |

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

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA** | |
| Zestaw załączników określa Realizator | |
| **Lp.** | **Nazwa** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

|  |
| --- |
| **Lista** |
| 1. aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności; 2. zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w [załączniku nr 7](https://www.bip.mopr.gda.pl/upload/plik,20230301100420,zalacznik.pdf) do wniosku); 3. oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, stanowiące [załącznik nr 1](https://www.bip.mopr.gda.pl/upload/plik,20230301095645,zalacznik.pdf) do wniosku; 4. dwie niezależne oferty, dotyczące przedmiotu dofinansowania przygotowane wg wzoru określonego w [załączniku nr 9](https://www.bip.mopr.gda.pl/upload/plik,20230301100701,zalacznik.pdf) do wniosku; 5. oświadczenie Wnioskodawcy dotyczące środków PFRON, stanowiące [załącznik nr 11](https://www.bip.mopr.gda.pl/upload/plik,20230301100905,zalacznik.pdf); 6. pełnomocnictwo poświadczone notarialnie - w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika lub pełnomocnictwo w zwykłej formie pisemnej (dla wniosków składanych on-line przez [system SOW](https://sow.pfron.org.pl/logowanie)), stanowiące [załącznik nr 16](https://www.bip.mopr.gda.pl/upload/plik,20230301101844,zalacznik.pdf) (jeśli dotyczy); 7. 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); 8. w przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni - zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie (jeśli dotyczy); 9. zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający rejestrację w urzędzie pracy (jeśli dotyczy); 10. w przypadku Wnioskodawców i podopiecznych, którzy się uczą - zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki (jeśli dotyczy); 11. w przypadku osób poszkodowanych w 2023 lub 2024 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, Straż Pożarną, Policję (jeśli dotyczy).   *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. K. Leczkowa 1A. Klauzula informacyjna RODO dostępna jest również w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) w zakładce "Wzory załączników" pod nazwą "Klauzula informacyjna – Osoby z niepełnosprawnością".* |