



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 4  
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w  
której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM  
WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                          | Zawartość  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego |
| <b>Imię:</b>                        |  |
| <b>Drugie imię:</b>                 |  |
| <b>Nazwisko:</b>                    |  |
| <b>PESEL:</b>                       |  |
| <b>Data urodzenia:</b>              |  |
| <b>Płeć:</b>                        | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna  |
| <b>Nr telefonu:</b>                 |  |
| <b>Adres e-mail:</b>                |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola          | Zawartość |
|---------------------|-----------|
| <b>Województwo:</b> |           |
| <b>Powiat:</b>      |           |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |

### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.*

Nie dotyczy

| Nazwa pola             | Zawartość   |
|------------------------|---|
| <b>Imię:</b>           |   |
| <b>Drugie imię:</b>    |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola  | Zawartość  |
|---|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

|  |   |
|--|---|
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b> | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>                                   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| <b>Niezdolność do pracy:</b>                               | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> 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

### 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)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- zatrudniony

**Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc**

| <b>Forma zatrudnienia</b>   | <b>Od dnia</b> |
|---|----------------|
| <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  |                |

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

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
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Gimnazjum
- 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

| <b>Zadanie</b> | <b>Kwota dofinansowania</b> |
|----------------|-----------------------------|
|                |                             |
|                |                             |
|                |                             |
|                |                             |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
|                                       |  |
|                                       |  |
|                                       |  |
|                                       |  |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b> |  |

**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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)” w 2020 r.”.

**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.*

tak  nie

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), 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 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

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 4**

| <b>Przedmiot pomocy</b>   | <b>Cena brutto (w zł)</b> | <b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)</b> | <b>Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)</b> |
|---|---------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zakup elementów zamiennych<br><b>Proszę wymienić elementy zamienne:</b>        |                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia<br><b>Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:</b> |                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu   |                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego  |                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji   |                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Inne<br><b>Proszę wymienić inne koszty:</b>                                    |                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON                                   |                           |   |  |
| <b>Razem:</b>   |                           |   |  |

Procentowy udział własny wnioskodawcy:

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

| <b>Nazwa pola</b>                                    | <b>Zawartość</b>   |
|--|--|
| <b>Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:</b>  | <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> w zakresie ręki<br><input type="checkbox"/> przedramienia<br><input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym                                 |
| <b>Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:</b> | <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> w zakresie ręki<br><input type="checkbox"/> przedramienia<br><input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym                                 |
| <b>Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:</b>  | <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> na poziomie podudzia<br><input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)<br><input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| <b>Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:</b> | <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> na poziomie podudzia<br><input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)<br><input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |

|   |  |
|---|--|
| <b>Przyczyna amputacji kończyny:</b>  | <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: |
| <b>Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:</b>   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie          |
| <b>Czy posiadana proteza była naprawiana:</b>   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie          |
| <b>Czy gwarancja na naprawę upłynęła:</b>   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie          |
| <b>Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):</b> |  |
| <b>Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:</b>   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie          |
| Data:   |  |
| W ramach:   |  |
| Data:   |  |
| W ramach:   |  |

### 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 |
|----------------------------------|-----------|
| <b>Numer rachunku bankowego:</b> |           |
| <b>Nazwa banku:</b>              |           |



## 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 |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

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