

**Program finansowany ze środków PFRON**

**NR SPRAWY:** PCPR.DORS.4820. ....

**Podpis Pracownika:** .....

## **WNIOSEK „P” - Moduł I, Obszar A, Zadanie 1**

*wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu*

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –**

**Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowanie do posiadanego samochodu**

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl) **w zakładce: Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**

### **1 Dane personalne Wnioskodawcy - należy wypełnić wszystkie pola**

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL** (w przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość): .....

**Adres** (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):  
.....  
.....

**Płeć:**  kobieta  mężczyzna **Stan cywilny:**  wolna/y  zamężna/żonaty

**Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:**  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**ADRESEM ZAMIESZKANIA**, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

**Telefon:** ..... **E-mail:** .....

**Stan prawny dotyczący niepełnosprawności:**

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji / znaczny stopień / I grupa inwalidzka
- całkowita niezdolność do pracy / umiarkowany stopień / II grupa inwalidzka
- częściowa niezdolność do pracy / lekki stopień / III grupa inwalidzka

**Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:**

- okresowo do dnia: .....
- bezterminowo

**Rodzaj niepełnosprawności:**

- 01-U - Upośledzenie umysłowe
- 02-P choroby psychiczne
- 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O choroby narządu wzroku
- 05-R choroby narządu ruchu
- 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 osoby niepełnosprawnej:**

- rejestracja w PUP – (od kiedy?) .....
- działalność gospodarcza - Nr NIP: .....
- działalność rolnicza,
- zatrudniony:  
Nazwa firmy, adres: .....
- nie dotyczy

**Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):**

- szkoła policealna
- kolegium
- studia pierwszego stopnia
- studia drugiego stopnia
- jednolite magisterskie
- studia podyplomowe
- studia doktoranckie
- staż zawodowy w ramach programów UE
- nie dotyczy

## 2 Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie?

- tak
- nie

Zadanie ustawowe lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Kwota przyznana	Rok rozliczenia

Razem kwota przyznana		

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\*: .....

\* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

Uwaga! W ramach programu „MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

### 3 Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

**OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU (W PRZYPADKU OBSZARU A ZADANIE 1)** – dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego; do mobilnych przedmiotów można zaliczyć przykładowo: specjalny fotel pasażera, w tym fotelik dziecięcy, podnośnik lub najazd/podjazd/rampę podjazdową do wózka inwalidzkiego, dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego itp.;

**Rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Orientacyjna cena brutto:**

**Wkład własny – 15%**

**Wnioskowana kwota dofinansowania:**

**Dane rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:**

Imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

## 4 Informacje uzupełniające:

Informacje podstawowe:

Jestem właścicielem / współwłaścicielem\* samochodu marki: .....  
rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Informacje dodatkowe:

Nie posiadam oprzyrządowania samochodu

Posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu:

.....  
.....

Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu:

NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

### POJĘCIA:

**DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU (W PRZYPADKU OBSZARU A ZADANIE NR 1)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (także orzeczenia o niepełnosprawności), w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), wnioski mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;

**POSIADACZ SAMOCHODU (W ROZUMIENIU PROGRAMU)** – należy przez to rozumieć jego właściciela lub współwłaściciela; w przypadku osób niepełnoletnich i pozbawionych zdolności do czynności prawnych, posiadaczem samochodu jest wnioskodawca; 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.);

## 5 Uzasadnienie wniosku:

*(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu)*

.....  
.....

## 6 Informacje

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: [sekretariat@pcpr.cieszyn.pl](mailto:sekretariat@pcpr.cieszyn.pl)) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (00-828), przy ul. Jana Pawła II 13.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: [inspektor@pcpr.cieszyn.pl](mailto:inspektor@pcpr.cieszyn.pl).

3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie **przetwarza dane osobowe w celu** prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oraz archiwizacji dokumentów.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, **dane osobowe będą udostępniane PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.** Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. **Podane dane osobowe są przetwarzane** na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługuje prawo do:**

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, **przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach prawa, a ich nie podanie skutkować będzie negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

*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.*

....., dnia .....

*Miejscowość, data*

.....

*Podpis Wnioskodawcy*

....., dnia .....

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Brak lub znaczny niedowład obu kończyn górnych, .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak lub znaczny niedowład obu kończyn dolnych: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na *ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu* powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

<input type="checkbox"/>	<b>dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie</b>
<input type="checkbox"/>	<b>automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła</b>
<input type="checkbox"/>	<b>elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>specjalne siedzenia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>elektroniczna obręcz przyspieszenia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ręczny gaz – hamulec</b>
<input type="checkbox"/>	<b>przedłużenie pedałów</b>
<input type="checkbox"/>	<b>sterowanie elektroniczne</b>
<input type="checkbox"/>	<b>podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego</b>
<input type="checkbox"/>	<b>przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników</b>
<input type="checkbox"/>	<b>system wspomagania parkowania</b>
<input type="checkbox"/>	<b>inne, jakie: .....</b> .....

....., dnia .....

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza



## 7 Załączniki do wniosku

TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		<b>Załącznik nr 1 - Oświadczenia do wniosku – Sporządzone wg wzoru</b>
		<b>Załącznik nr 2</b> - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)
		<b>Załącznik nr 3</b> - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		<b>Załącznik nr 4</b> - Kserokopia dowodu rejestracyjnego posiadanego samochodu lub kopia umowy użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.
		<b>Załącznik nr 5</b> - Oferta handlowa oprzyrządowania wraz z montażem z rozbiem na rodzaje planowanego oprzyrządowania samochodu
		<b>Załącznik nr 6 - dotyczy Zadania nr 1 - w przypadku, gdy podstawa wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R)</b> - zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego we wniosku)
<b>Inne o ile dotyczy:</b>		
		Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się lub studiujących),
		Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę)
		Zaświadczenie o zatrudnieniu - w przypadku osób zatrudnionych,
		Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych
		udokumentowane/potwierdzone wystąpienie zdarzenia skutkującego starami materialnymi w gospodarstwie domowym wydane przez podpowiedzią jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, Policję, straż - gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych
		Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się lub studiujących),
<b>W przypadku występowania przez pełnomocnika:</b>		
		Kopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		Oświadczenie Pełnomocnika, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.

.....  
data, pieczęć i podpis pracownika