

**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
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<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 poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<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**

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:	

<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <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 <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

<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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<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)  
 zatrudniony

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<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		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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
<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 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:  $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .*

*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 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Trzykołowy skuter inwalidzki elektryczny <b>Typ:</b> <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Czterokołowy skuter inwalidzki elektryczny <b>Typ:</b> <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 <b>Jakie:</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Razem:</b>		
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>		
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>		

## 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	

## 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, 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:

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) lub w przypadku osób do 16 roku życia- orzeczenie o niepełnosprawności
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną
- pełnomocnictwo poświadczane notarialnie (dotyczy Wnioskodawcy, który występuje przez pełnomocnika)
- oświadczenie pełnomocnika- zgodnie ze wzorem załącznika
- oświadczenie RODO- zgodnie ze wzorem załącznika
- oświadczenie o dochodach- zgodnie ze wzorem załącznika
- zaświadczenie lekarskie (specjalista) zawierające zgodę na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym- zgodnie ze wzorem załącznika
- oświadczenie wnioskodawcy potwierdzające poruszanie się na wózku inwalidzkim
- oferta cenowa
- zaświadczenie o zatrudnieniu (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy)
- zaświadczenie o pobieraniu nauki- w przypadku dzieci oraz osób dorosłych uczących się

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

## **Informacja dla Wnioskodawców aplikujących za pośrednictwem ustanowionego Pełnomocnika**

### **1. Kiedy potrzebne jest pełnomocnictwo?**

W sytuacjach, w których nie jesteśmy w stanie osobiście załatwiać swoich spraw, czy uczestniczyć przy dotyczących nas czynnościach prawnych, można ustanowić pełnomocnika. Zgodnie z zasadami programu, także i wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego **na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie**.

Pełnomocnik działa wówczas w imieniu wnioskodawcy i wyłącznie na jego rzecz. Każdy, kto zostaje pisemnie upoważniony przez zainteresowanego do wykonywania określonych czynności, jest w świetle prawa osobą reprezentującą jego interesy i zastępującą go w określonych działaniach.

### **2. Pełnomocnictwo to dodatkowy załącznik do wniosku o dofinansowanie**

Pełnomocnictwo wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 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 ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządzeniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp. **(wzór w końcowej części Informacji)**.

### **3. Wymagane dane pełnomocnika**

Dane pełnomocnika są wymagane z uwagi na treść rozdziału VI ust. 20 dokumentu pn. „Zasady (...)”, który stanowi, że w przypadku podpisywania umowy przez:

- 1) osoby reprezentujące beneficjenta pomocy;
- 2) pełnomocników

- informacja o tym powinna być zawarta w treści umowy ze wskazaniem w szczególności: imienia i nazwiska, nr PESEL (a w przypadku braku nr PESEL - cech dokumentu potwierdzającego tożsamość) oraz pełnionej funkcji.

Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku, w tym także w zakresie wydanego pełnomocnictwa.

### **4. Kto może być pełnomocnikiem?**

Co do zasady, pełnomocnikiem jest osoba pełnoletnia o pełnej zdolności do czynności prawnych.

## 5. Co jest potrzebne do sporządzenia pełnomocnictwa?

Do sporządzenia pełnomocnictwa wymagane są:

- dokument tożsamości osoby udzielającej pełnomocnictwa (Mocodawcy),
- dane osobowe osoby, której chcemy udzielić pełnomocnictwa (imię, nazwisko, numer PESEL lub oznaczenie dowodu osobistego w przypadku braku nr PESEL),
- **określenie zakresu pełnomocnictwa** (do jakich czynności potrzebne jest pełnomocnictwo),

### **Bardzo ważne:**

Pełnomocnictwo musi być udzielone do wszystkich czynności/ działań związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW na rzecz Mocodawcy, czyli do:

- złożenia/podpisania/poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW,
- udzielania realizatorowi programu wyjaśnień potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie,
- zawarcia i rozliczenia umowy dofinansowania oraz wszelkich działań związanych z wykonaniem wszelkich zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie.

Należy pamiętać, że udzielenie pełnomocnictwa jest czynnością jednostronną, co oznacza, że niezbędna jest obecność u notariusza osoby udzielającej pełnomocnictwa (Mocodawcy). Obecność pełnomocnika nie jest obowiązkowa. Oczywiście nie ma przeszkód, aby także brał udział w czynności.

## 6. Kiedy pełnomocnictwo wygasa?

Najważniejszymi przyczynami wygaśnięcia pełnomocnictwa są:

- upływ terminu, na jaki pełnomocnictwo było udzielone,
- ustanie stosunku prawnego, z którego wynikało umocowanie (np. wygasła umowa dofinansowania),
- ubezwłasnowolnienie całkowite pełnomocnika,
- odwołanie pełnomocnictwa,
- śmierć Mocodawcy,
- śmierć Pełnomocnika.

Pełnomocnictwo co do zasady, może być w każdej chwili odwołane.

Wzór dodatkowego oświadczenia Pełnomocnika

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

(miejscowość)

**OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA**

**Ja, niżej podpisana/podpisany** .....,

nr PESEL ..... lub oznaczenie dowodu osobistego w przypadku braku

PESEL ....., jako Pełnomocnik mego

Mocodawcy:.....,

(imię i nazwisko Mocodawcy)

**oświadczam, że** nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/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 o dofinansowanie dotyczącego mego Mocodawcy. Nie jestem ani nie byłem/nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....

(podpis Pełnomocnika)

## OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany(a) ....., zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym seria ..... nr .....

niniejszym oświadczam, iż **nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am** 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 jestem i nie byłem/am** w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....  
Data i czytelny podpis Pełnomocnika

### **Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

## PEŁNOMOCNICTWO

### Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

### Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu

pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)  
*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

.....  
*(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z punktem nr 1 poniższej instrukcji):

		<b>Średni miesięczny dochód netto</b>
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – należy poniżej wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:		<b>x</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
<b>RAZEM:</b>		

Oświadczam, także że:

1. Średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi.....zł.  
 (słownie: .....)  
*należy obliczyć zgodnie z punktem nr 2 instrukcji;*

2. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....roku.  
*miejscowość*  
*wnioskodawcy*

.....  
*podpis*



1. Poprzez wspólne gospodarstwo domowe należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.
2. Przez średni miesięczny dochód netto należy rozumieć średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód netto} \\ \text{wierszu} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{Oświadczenia} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{w tabeli na} \\ \text{z wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w} \\ \text{„Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego} \\ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana} \\ \text{stronie 1 niniejszego oświadczenia} \end{array}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana}} \text{ w tabeli na stronie 1 niniejszego oświadczenia}$$

#### DODATKOWE INFORMACJE:

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie nie uwzględnia się:

- świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

!!Wnioskodawca, który prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe, czyli mieszka i utrzymuje się samodzielnie, składa oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów.

!!!Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia

do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

#### UWAGA:

1. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.
2. Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku).

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

W szczególności do dochodu nie wliczane są:

- świadczenie wychowawcze 500+
- 500 + dla niepełnosprawnych
- zasiłek pielęgnacyjny
- świadczenie pielęgnacyjne
- zasiłek rodzinny
- 13 i 14 emerytura
- Rodzinny Kapitał Opiekuńczy
- zasiłek ostonowy na prąd

Uwaga do dochodu wliczamy nagrody , fundusz socjalny z pracy.

Przykłady:

Przykład 1. Osoba mieszkająca sama składa wniosek w styczniu. Dochód w październiku wynosił 1400 zł, w listopadzie 1600 zł, w grudniu 1800 zł – do wniosku należy wpisać miesięczny dochód w wysokości: 1600 zł (tj. 4800 zł / 3 miesiące);

Przykład 2. Osoba mieszkająca z współmałżonkiem i jednym dzieckiem składa wniosek w styczniu. Łączny dochód rodziny wyniósł w październiku 2000 zł, w listopadzie 3000 zł, w grudniu 4000 zł – do wniosku należy wpisać miesięczny dochód w wysokości: 1000 zł (tj. 9000 zł / 3 miesiące / na 3 osoby).

\* Należy podawać kwoty „netto”, bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego oraz po odliczeniu podatku dochodowego i składki zdrowotnej.

Załącznik nr 1 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”.

**Informujemy, że dane osobowe podane w oświadczeniu będą przetwarzane przez Realizatora programu (Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach) oraz PFRON.**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny samorząd”.

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach z siedzibą ul. Wojska Polskiego 1, 64-500 Szamotuły, w celu realizacji zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) dla zapewnienia realizacji programu „Aktywny samorząd”, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Współadministratorem danych osobowych dla realizacji ww. celu jest PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi w zakresie ochrony danych osobowych, w szczególności RODO<sup>1</sup>. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji oraz uzupełniania i ich usuwania.

Szczegółowe informację dot. przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Szamotułach są dostępne pod adresem:

[http://www.szamotuly.pcp.r.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=195&Itemid=427](http://www.szamotuly.pcp.r.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=195&Itemid=427)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

.....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

---

<sup>1</sup> rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

miejsowość

(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

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

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

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

*Prosimy wypełnić również drugą stronę*

Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

<b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:</b>		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczęćka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Występują przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	

.....  
pieczęćka, nr i podpis lekarza specjalisty