

Zarządzenie Nr 278/2019
Prezydenta Miasta Ostrołęki
z dnia 20 sierpnia 2019 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowania w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2019 roku.

Na podstawie art. 35a ust. 1, pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1172) oraz w związku z zawartą umową nr AS3/000056/07/D z dnia 10 maja 2018 r. z późn. zm. przez Miasto Ostrołęka z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 68/2019 Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowania w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2019 roku, załącznik nr 1 oraz załącznik nr 2 otrzymują brzmienie nadane załącznikami do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i podlega ogłoszeniu na stronie internetowej Miasta Ostrołęki w Biuletynie Informacji Publicznej.

PREZYDENT MIASTA

Łukasz Kulik

**Ogólne zasady dotyczące składania, rozpatrywania, realizowania i rozliczania wniosków
złożonych o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” w 2019 roku w mieście Ostrołęka**

W oparciu o:

- 1) pilotażowy program „Aktywny samorząd” zatwierdzony przez Radę Nadzorczą PFRON,
- 2) kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku,
- 3) zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
- 4) umowę nr umowy nr AS3/000056/07/D z dnia 10.05.2018r. z późniejszymi zmianami pomiędzy PFRON z siedzibą w Warszawie a Miastem Ostrołęka,

ustala się ogólne zasady składania, rozpatrywania, realizowania i rozliczania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku realizowanego w mieście Ostrołęka. W sprawach nieuregulowanych niniejszym zarządzeniem stosuje się zapisy powyższych dokumentów.

I. Składanie wniosków

Program „Aktywny samorząd” w 2019 roku obejmuje następujące formy wsparcia:

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym:

- a) Obszar A – likwidacja bariery transportowej:
 - Zadanie 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu,
 - Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu,
 - Zadanie 3 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego,
 - Zadanie 4 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu,
- b) Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:
 - Zadanie 1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności

(do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych,

- Zadanie 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
 - Zadanie 3 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku,
 - Zadanie 4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,
 - Zadanie 5 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- c) Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:
- Zadanie 1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym,
 - Zadanie 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości, adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności,
 - Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości), adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności,
 - Zadanie 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania,
- d) Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką), adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, którzy są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka;

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym, adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, pobierających naukę w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium, a także do osób mających przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

Wnioski o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”, dotyczące adresatów programu zamieszkujących na terenie miasta Ostrołki, dostępne są w Miejskim

Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, ul. Hallera 12 oraz na stronach internetowych www.mopr.ostroleka.pl. Wzory wniosków wraz z załącznikami o dofinansowanie stanowią załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

Wnioski wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, ul. Hallera 12 w godzinach 9.00-15.00, pokój 4, w następujących terminach:

- a) w przypadku Modułu I - od 6 maja 2019 r. do 31 sierpnia 2019 r.,
- b) w przypadku Modułu II przewidziane są dwa cykle składania wniosków:
 - od 18 marca 2019 r. do 31 marca 2019 r. – w przypadku wniosków o dofinansowanie roku szkolnego/akademickiego 2018/2019,
 - od 16 września 2019 r. do 10 października 2019 r. – w przypadku wniosków o dofinansowanie roku szkolnego/akademickiego 2019/2020.

Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpływu do MOPR w Ostrołęce, a w przypadku wniosków składanych za pośrednictwem poczty, datę stempla pocztowego.

Beneficjent pomocy ubiegający się o dofinansowanie do różnych zadań zobowiązany jest złożyć odrębny wniosek do każdego z nich, z wyjątkiem zadania B1, B3, B4 i B2 (jeśli będzie taka możliwość) - w tym przypadku beneficjent składa jeden wniosek.

II. Zasady rozpatrywania wniosków

1. Weryfikacja formalna i merytoryczna wniosków

Weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosku dokonuje się na podstawie dokumentów dołączonych do wniosku, danych i informacji posiadanych przez MOPR w Ostrołęce oraz ustaleń dokonanych w trakcie weryfikacji wniosku.

Pracownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce dokonuje weryfikacji formalnej wniosku w terminie 30 dni kalendarzowych od wpływu wniosku do MOPR w Ostrołęce.

Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika, czy Wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie.

MOPR w Ostrołęce zastrzega, iż wpisanie danych dotyczących tabeli „Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożono wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPR?” znajdującej się na stronie 4 wniosku dotyczącego Modułu I oraz na stronie 3 wniosku dotyczącego Modułu II o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” jest obowiązkowe, z wyjątkiem sytuacji, w których Wnioskodawca nie posiada wiedzy dotyczącej szczegółów umów zawartych w tabeli, np. terminu rozliczenia.

W przypadku, gdy jeden lub więcej warunków weryfikacji formalnej, nie zostanie spełniony, MOPR w Ostrołęce informuje Wnioskodawcę o konieczności uzupełnienia wniosku o brakujące dane i/lub złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni kalendarzowych od otrzymania pisma z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce. Nie wzywa się Wnioskodawcy do uzupełnienia, gdy ze złożonego wniosku wynika, że osoba niepełnosprawna nie spełnia warunków uczestnictwa w programie. W ciągu 30 dni kalendarzowych od uzupełnienia

wniosku i/lub złożenia wyjaśnień pracownik MOPR w Ostrołęce przeprowadza weryfikację formalną.

Niedostarczenie brakujących dokumentów w terminie 14 dni kalendarzowych od otrzymania pisma powoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania, tym samym negatywną ocenę formalną. W przypadku negatywnej weryfikacji formalnej wniosku, MOPR w Ostrołęce pisemnie powiadomi Wnioskodawcę, w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty weryfikacji, o niezakwalifikowaniu do programu.

Wnioskodawca zobowiązany jest poinformować MOPR w Ostrołęce o wszelkich zmianach dotyczących wniosku.

W Module I wnioski zweryfikowane pozytywnie pod względem formalnym poddawane są następnie ocenie merytorycznej w terminie do 30 września 2019r.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach termin poddania wniosku ocenie merytorycznej może być przedłużony (np. gdy termin złożenia wniosku zostanie przywrócony decyzją MOPR w Ostrołęce).

Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limitach środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu. Wnioski oceniane są na podstawie karty merytorycznej wniosku (znajdującej się w formularzu wniosku dot. Modułu I na stronie 9) przez komisję powołaną przez Dyrektora MOPR w Ostrołęce. Maksymalna liczba zdobytych punktów wynosi 100.

Wnioski w ramach Modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.

Ocenione merytorycznie wnioski Modułu I są szeregowane na liście rankingowej, według kolejności wynikającej z uzyskanej liczby punktów.

Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania wynosi 50 punktów. W Module I Obszarze C Zadaniu nr 3 i 4 dodatkowym warunkiem uzyskania dofinansowania jest uzyskanie pozytywnej opinii eksperta powołanego przez PFRON potwierdzającego stabilność procesu chorobowego, zgodność proponowanej do dofinansowania protezy (według specyfikacji) z poziomem jakości według programu, rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia w programie oraz o ile dotyczy celowości zwiększenia jakości protezy do poziomu IV.

W przypadku wniosku, który w trakcie jego oceny nasuwa wątpliwości co do możliwości pozytywnej weryfikacji, pod względem kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności adresata programu lub co do celowości wnioskowanego dofinansowania, MOPR w Ostrołęce ma prawo powołać eksperta – lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności adresata programu w celu wydania opinii. Decyzję o powołaniu eksperta podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce.

Wniosek Wnioskodawcy, będącego pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce lub Urzędu Miasta Ostrołęki, może być zrealizowany tylko w takim przypadku, gdy jest zgodność oceny formalnej oraz, o ile dotyczy – oceny merytorycznej wniosku, z przyjętymi zasadami, zostanie potwierdzona przez Mazowiecki Oddział PFRON. Powyższy tryb dotyczy także innych sytuacji budzących wątpliwość co do bezstronności MOPR w Ostrołęce. O konieczności zastosowania wskazanego trybu, rozstrzyga Mazowiecki Oddział PFRON na podstawie zgłoszenia MOPR w Ostrołęce.

MOPR w Ostrołęce może żądać dostarczenia przez Wnioskodawcę dowodów potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. MOPR w Ostrołęce ma prawo podjąć decyzję o przywróceniu Wnioskodawcy określonego terminu.

2. Wysokość dofinansowania w ramach Modułu II określona przez realizatora programu

W ramach Modułu II kwota dofinansowania poniesionych kosztów nauki, dotyczących semestru/półrocza objętego dofinansowaniem, wynosi w przypadku:

- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – do 1.000,00 zł;
- 2) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – do 4.000,00 zł;
- 3) opłaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) - niezależnie od daty poniesienia kosztów, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 3.000,00 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 764,00 zł (netto) na osobę.

W przypadku, gdy Wnioskodawca w Module II zwróci się z prośbą o zwiększenie dofinansowania opłaty za naukę (czesne) powyżej kwoty 3.000,00 zł lub o zwiększenie kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego powyżej 4.000,00 zł, musi uzasadnić przesłanki zasługujące na indywidualne rozpatrzenie jego prośby.

Decyzja w sprawie wyrażenia zgody na zwiększenie kwoty dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) dla Wnioskodawcy, którego przeciętny miesięczny dochód przekracza kwotę 764zł netto na osobę lub zwiększenia kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego może być podjęta przez Pełnomocników Zarządu w Biurze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie wystąpienia i pozytywnej opinii Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce lub Oddziału Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, może być zwiększony, nie więcej niż o:

- 1) 500,00 zł - w przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania;
- 3) 300,00 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny;
- 4) 300,00 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki;
- 5) 200,00 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie;
- 6) 300,00 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych;
- 7) 300,00 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego.

III Realizowanie i rozliczanie dofinansowania

Podstawą przyznania przez MOPR w Ostrołęce dofinansowania jest posiadanie środków finansowych, przeznaczonych na ten cel, a także pozytywna ocena formalna i merytoryczna w Module I oraz pozytywna ocena formalna w Module II.

Udzielenie dofinansowania osobom niepełnosprawnym, których wnioski uzyskały ocenę merytoryczną poniżej ustalonego minimalnego progu punktowego będzie uzależniona od możliwości wynikających z ostatecznej puli środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu, według kolejności na liście rankingowej.

Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.

Tryb odwoławczy od decyzji odmawiającej udzielenia dofinansowania w ramach programu nie przysługuje.

Przyznanie dofinansowania nastąpi na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej między Miastem Ostrołęka w imieniu, którego działa MOPR w Ostrołęce a Wnioskodawcą.

Szczegółowe warunki realizacji dofinansowania zostaną określone w indywidualnej umowie zawieranej z Wnioskodawcą.

Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez Wnioskodawcę lub jego podopiecznego warunków uczestnictwa w programie także w dniu podpisania umowy.

W przypadku, gdy beneficjent pomocy w ramach Modułu II posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania danego semestru/półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, w terminie określonym w umowie.

Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa powyżej, będzie wynikać, iż beneficjent pomocy nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (przeszedł być osobą niepełnosprawną w sensie prawnym lub posiada orzeczony lekki stopień niepełnosprawności, ale nie spełnia warunku wskazanego w ust. 24 pkt 2 „Zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” określonych przez PFRON) wysokość dofinansowania obniża się proporcjonalnie do liczby dni, w których beneficjent pomocy nie spełniał tego warunku.

Kwota dofinansowania lub refundacji kosztów dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON, czy też dojazdu na kurs prawa jazdy, będzie wyliczana na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy oraz udokumentowanych kosztów poniesionych przez Wnioskodawcę na dojazd.

W przypadku, gdy dofinansowanie/refundacja kosztów opieki nad osobą zależną zostaje udzielona za niecały miesiąc, wówczas koszt opieki będzie wyliczony proporcjonalnie do liczby dni, w których beneficjent pomocy spełnia warunki programu.

Załącznik Nr 2
do zarządzenia Nr 278/2019
Prezydenta Miasta Ostrołęki
z dnia 20 sierpnia 2019 r.

**Wnioski o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu
„Aktywny Samorząd” w 2019 roku oraz załączniki do wniosków.**

Wniosek złożono
w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce



program realizowany przez MOPR w Ostrołęce



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

CZĘŚĆ A- WNIOSEK

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Moduł I		
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	<input type="checkbox"/> Obszar D pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

1. Informacje Wnioskodawcy (dane Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego)

<input type="checkbox"/> Wnioskodawca	<input type="checkbox"/> rodzic dziecka	<input type="checkbox"/> opiekun prawny podopiecznego
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia		
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne		

MIJSCA ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejsce ,w którym Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Województwo.....	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: nr tel.* : e-mail * (o ile dotyczy):

*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora tj. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, adres: ul. Hallera 12, 07-410 Ostrołęka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

(podpis Wnioskodawcy)

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” (o ile dotyczy)

Imię Nazwisko Data urodzenia: r. PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo
--	---

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

05-R NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

04- O NARZĄD WZROKU
 osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności (*proszę zaznaczyć*):

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (o ile dotyczy)

Zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba:

bezrobotna poszukująca pracy lub niepozostająca w zatrudnieniu nie dotyczy

zarejestrowana/y: od dnia:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) 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 oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczętka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie (o ile dotyczy)	
--	--

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:			
a)	stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znacznego (I grupa inwalidzka)	4	8
		umiarkowanego (II grupa inwalidzka)	2	
b)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoby głuchoniewidome		2	
c)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2	
2	Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:			
a)	osoba aktywna zawodowo		10	40
b)	osoba zatrudniona		30	
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia osoby niepełnosprawnej:			
a)	osoba studiująca		10	17
b)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole podstawowej, gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej		7	
4	Inne kryteria:			
a)	Osoba niepełnosprawna została w 2018r. lub 2019r. poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	35
b)	Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy pobiera naukę w szkole/szkole wyższej i osiąga dobre wyniki w nauce (średnia ocen powyżej 4,00)		10	
c)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	– w przypadku jednej osoby	2	
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	5	
d)	Uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania wyeliminuje lub zmniejszy bariery w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji		0-5	
e)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5	
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)			Maksymalnie 100	.....

Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Opinia eksperta (o ile dotyczy)
			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>
Pieczętki imienne, data, podpisy pracowników dokonujących oceny merytorycznej wniosku	data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) 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 oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1	
..... zł	..... zł	

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2 lub 3

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:	Koszty usług tłumacza migowego
..... zł	..... zł	..... zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 1, 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Ostrołęka,

data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce
przygotowującego umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna osoby podpisującej umowę

data, podpis:

Wniosek złożono

w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce



program realizowany przez MOPR w Ostrołęce



program finansowany ze środków PFRON

CZĘŚĆ A- WNIOSEK

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

MODUŁ II- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".

1. Informacje Wnioskodawcy

Imię			Nazwisko			Data urodzenia .....r.		
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna					
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne								
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejsce ,w którym Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu			ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)					
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
<small>(pocztą)</small>			<small>(pocztą)</small>					
Miejscowość			Miejscowość					
Ulica			Ulica					
Nr domu nr lok.			Nr domu nr lokalu					
Województwo.....			Powiat					
Województwo.....			Województwo					
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):			Kontakt telefoniczny:					
			nr tel.* :					
			e'mail* (o ile dotyczy):					
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ								
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> znaczny stopień		<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień		<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka				
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> lekki stopień		<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka				
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia:						<input type="checkbox"/> bezterminowo		
*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora tj. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, adres: ul. Hallera 12, 07-410 Ostrołęka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.								
						..... (podpis Wnioskodawcy)		

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożono wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPR? Uwaga! - informacja nie dotyczy dofinansowania w ramach programu STUDENT, STUDENT II, Aktywny samorząd – MODUŁ II						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca korzystał dotychczas z dofinansowania ze środków PFRON do kosztów nauki w ramach programu: <input type="checkbox"/> STUDENT <input type="checkbox"/> STUDENT II		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Kiedy Wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie (podać lata): Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie: Nazwa Oddziału PFRON, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: Forma i kierunek kształcenia, która była objęta dofinansowaniem: Nazwa uczelni/szkoły			
Czy Wnioskodawca korzystał dotychczas z dofinansowania ze środków PFRON do kosztów nauki w ramach programu Aktywny samorząd – MODUŁ II?		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Kiedy Wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie (podać lata): Liczba semestrów nauki, do których Wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie: Nazwa i miejsce jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, za pośrednictwem którego Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie: Forma i kierunek kształcenia, która była objęta dofinansowaniem: Nazwa uczelni/szkoły			

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE
 Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:				
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia		
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium		
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej		
<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)				
Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)		Data rozpoczęcia nauki/studiów		
Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Pełna nazwa szkoły:				
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr/półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oplata za naukę (czesne):**			
Oplata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA WRAZ ZE ZWIĘKSZENIAMI			
Razem			

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

5. Informacje uzupełniające:

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON powyżej 20 semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Czy Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca zmienia kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca korzysta z usług tłumacza języka migowego?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak

Przyznaną kwotę dofinansowania proszę o przekazanie:

- opłatę za naukę (czesne) na konto szkoły/uczelni (podanej na dokumencie księgowym) a dodatek na pokrycie kosztów kształcenia na konto Wnioskodawcy
- opłatę za naukę (czesne) oraz dodatek na pokrycie kosztów kształcenia na konto Wnioskodawcy
- dodatek na pokrycie kosztów kształcenia na konto Wnioskodawcy

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

numer rachunku bankowego:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO SZKOŁY/UCZELNI (o ile dotyczy)

numer rachunku bankowego:

6. Oświadczenia Wnioskodawcy

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego, oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w opłacie za naukę (czesne) w okresie objętym dofinansowaniem (o ile dotyczy).

Wnioskodawca niemożący 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 niemożącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-6) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie od pracodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku) - dotyczy Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA MOPR W OSTROŁĘCE

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) 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 oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

Weryfikacja formalna wniosku:

pozytywna

negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie:

- tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak - nie

*pieczętka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej r. (o ile dotyczy)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH MODUŁU II

pozytywna:

negatywna:

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) 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 oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia wraz ze zwiększeniami:

..... zł

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Ostrołęka,

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce
przygotowującego umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna osoby podpisującej umowę

data, podpis:

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1 i 4

Specyfikacja zakupu dotyczy Obszaru A Zadania 1 - z dysfunkcją narządu ruchu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

Specyfikacja zakupu (dotyczy Obszaru A Zadania 4 - z dysfunkcją narządu słuchu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne	
<input type="checkbox"/>	sygnalizatory	
<input type="checkbox"/>	komunikator lub tablet ze specjalnym oprogramowaniem	
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU?: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,

3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mopr.ostroleka.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto),
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
8. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanej pomocy finansowej, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej faktury (lub innego dowodu księgowego).

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

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-11) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarza specjalisty, potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli – załącznik nr 2c do formularza wniosku (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Faktura proforma lub specyfikacja zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania kosztów uzyskania prawa jazdy

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 i 3

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca, a także koszt usług tłumacza migowego.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:				
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B+E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C+E	<input type="checkbox"/> C1
<input type="checkbox"/> C1+E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D+E	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1+E
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> inna kategoria, jaka:			
Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy): <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Planowany termin kursu:, nazwa i adres ośrodka:.....				
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu:				

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
Koszt usług tłumacza migowego (o ile dotyczy)		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem		

6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY: NIE TAK w roku w ramach

<p align="center">DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</p> <p>numer rachunku bankowego: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,

3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% ceny brutto/usługi,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy: tak - nie,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
8. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dowodu księgowego).

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... Miejscość, data podpis Wnioskodawcy
--------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-8) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		<i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie o terminie rozpoczęcia kursu prawa jazdy wydany przez firmę przeprowadzającą kurs (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1, 3, 4 oraz nr 2

Zadanie nr 1, 3 i 4 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu /urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
RAZEM	
Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
RAZEM	

5. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1, 3 i 4		
Zadanie nr 2		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku dot. Obszar B Zadania nr 2
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,

3. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania w wysokości *co najmniej 10% ceny brutto - w przypadku Obszaru B Zadania 1 i 4*, natomiast w przypadku Obszaru B Zadania 3 co najmniej 30% ceny brutto,
7. w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: tak nie nie dotyczy,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dokumentu księgowego) lub w przypadku Obszaru B Zadania nr 2 na rachunek bankowy Wnioskodawcy.

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku (1-10) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a, 2b lub 2c do formularza wniosku)- o ile dotyczy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Faktura proforma lub specyfikacja zakupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 5

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach programu	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich,:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego w ramach programu?

NIE TAK wr.

Okres gwarancyjny w związku z zakupem sprzętu elektronicznego upłynął: NIE TAK,
w dniu: r.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki do udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przy refundacji
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl

4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego w wysokości **co najmniej** 10% ceny brutto,
7. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dokumentu księgowego).

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... Miejscowość, data podpis Wnioskodawcy
----------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-9) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Faktura proforma lub specyfikacja kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie nr 1

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL .....kupiony ze środków:	rok nabycia: .....f. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inw. o napędzie elek. w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inw. o napędzie elektr. w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	..... kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	.....cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl.
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
6. na cel objęty, niniejszym wnioskiem (dot. dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
9. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 /..... /20..... r. podpis Wnioskodawcy
-------------------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-10) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny, pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2e do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dwie niezależne oferty zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	--	--------------------------	--------------------------	--

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej skutera/wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) W .....r.
Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje skuter lub wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (model, rok produkcji):
Okres gwarancyjny w związku z zakupem skutera/wózka upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.
Posiadany skuter/wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.
Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przy refundacji (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)
numer rachunku bankowego: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,

3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
7. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dokumentu księgowego).

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-9) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Faktura proforma lub specyfikacja kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): 	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:
.....
.....

NIE POSIADAM PROTEZY
 OD ROKU: UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny):

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: NIE TAK
w roku w ramach a także w roku w ramach

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl,

4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** 10% ceny brutto),
6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
9. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dokumentu księgowego).

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... Miejscowość, data podpis Wnioskodawcy
----------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-8) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Dwie niezależne oferty zakupu protezy kończyny (załącznik nr 4a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA NOGI, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): 	
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) W .....r.	
Okres gwarancyjny przedmiotu dofinansowania upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK , w dniu: r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK , w dniu: r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jaki są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): 	
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przy refundacji (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
numer rachunku bankowego: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także www.mopr.ostroleka.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:
 tak - nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dokumentu księgowego)

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

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-8) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dwie niezależne oferty kosztów naprawy protezy kończyny (załącznik nr 4b do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 5

Specyfikacja zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
Model (nazwa) skutera:
Wybrany skuter jest: <input type="checkbox"/> trzykołowy <input type="checkbox"/> czterokołowy <input type="checkbox"/> jednoosobowy <input type="checkbox"/> dwuosobowy
Oprzyrządowanie elektryczne (napęd) do wózka ręcznego:
Dodatkowe wyposażenie, jakie:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Oprzyrządowanie elektryczne (napęd) do wózka ręcznego		
Dodatkowe wyposażenie		
Łącznie		

6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SKUTERA O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: MODEL ROK NABYCIA
<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK RĘCZNY/SKUTER: MODEL ROK NABYCIA

* - należy zaznaczyć właściwe

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: tak nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego w wysokości co najmniej 35% ceny brutto,
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
- o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,

10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dokumentu księgowego).

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... Miejscowość, data podpis Wnioskodawcy
----------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki wymagane do wniosku (1-10) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2d do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Faktura proforma lub specyfikacja zakupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy dziecko Wnioskodawcy w okresie wakacji będzie przebywało w placówce: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i>
numer rachunku bankowego: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mopr.ostroleka.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,

7. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
 8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury (lub innego dowodu księgowego).

Wnioskodawca niemogący 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 niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....
 Miejscowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-8) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (<i>należy zaznaczyć właściwe</i>)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia dokumentu/ów stanowiącego/ych opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi - o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Klauzula informacyjna MOPR o zasadach przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem
www.pfron.org.pl lub www.mopr.ostroleka.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji:

Ewentualne nieprawidłowości kikuta:

Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)						

Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)				

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem
www.pfron.org.pl lub www.mopr.ostroleka.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji:

Opis problemu:

Co trzeba zrobić:

Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
				Suma (w zł)		

Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla Wnioskodawcy/prac naprawczych

L. p	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			Suma (w zł)	

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

.....

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**

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):**

Dysfunkcja obu kończyn górnych, w stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
Dysfunkcja kończyn charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
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**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	
<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą	

..... 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**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

3. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania:

tak nie

4. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej:

tak nie

5. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* jest **wskazane**, z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje procesu wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

tak nie

6. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

tak nie

7. **Przeciwwskazania** do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* (np. utraty przytomności, epilepsja):

.....

brak przeciwwskazań

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

** niepotrzebne skreślić*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
 - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)		
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętą, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić właściwe pola ☐)

<input type="checkbox"/>	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

.....
Pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE
wydane przez Zakład Pracy

Pan/Pani.....

zamieszkały/a w

nr PESEL.....

jest zatrudniony/a w

.....
(nazwa, adres i tel. kontaktowy Zakładu Pracy)

na czas określony od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony

Na podstawie:

umowy o pracę (pierwsza umowa, kontynuacja)

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowy cywilnoprawnej (pierwsza umowa, kontynuacja)

staż zawodowy

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:

tak, w wysokości złotych

nie

data i czytelny podpis:.....

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb MOPR w Ostrołęce
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarza semestr/półrocze* nauki: tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr/półrocze rok akademicki (szkolny)

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	

Nauka jest odpłatna: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jeden semestr/półrocze**

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym semestrze/półroczu jest dofinansowane: nie tak - ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym semestrze/półroczu* :

Data rozpoczęcia semestru/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru/półrocza/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

*-niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

Podpis i pieczętka pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data: _____

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez przeciętny miesięczny dochód należy rozumieć dochód 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.**

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

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

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (**zgodnie z przypisem nr 1**):

		Przeciętny miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

1) przeciętny miesięczny dochód wynosizł.

(słownie:.....).
.....)

złotych) (**należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2**);

2) jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art.233 KK).

....., dniar.

miejscowość

podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

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.

Wnioskodawca na żądanie MOPR w Ostrołęce zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.

Przypis nr 1

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2220) ilekroć w ustawie jest mowa o dochodzie - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1387), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,

b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:

– renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,

– renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,

Oświadczenie o wysokości dochodów

- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
- renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040),
- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 209. ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018r. poz. 1668, ze zm.), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1468) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 967),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
- świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, ze zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym.
- kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- świadczenie pieniężne i pomoc pieniężna określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 690),
- świadczenie rodzicielskie,
- zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Nie wliczamy: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych – zasiłków i dodatków rodzinnych, jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka (tzw. becikowe), świadczeń wychowawczych (tzw 500+), jednorazowych świadczeń „Dobry Start”, oraz zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, oraz zasiłków porodowych wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\frac{\text{przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}} = \frac{\text{łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

Klauzula informacyjna o zasadach przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce reprezentowany przez Dyrektora z siedzibą, ul. gen. Józefa Hallera 12, 07-410 Ostrołęka, tel. 297644130, e-mail: sekretariat@mopr.ostroleka.pl
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mopr.ostroleka.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dane osobowe będą przetwarzane w celu i w zakresie określonym w obowiązujących przepisach prawa, zawartych umowach w związku z realizacją programu „Aktywny Samorząd”. Dane osobowe przetwarzane będą ręcznie (dokumentacja papierowa) oraz automatycznie (system informatyczny).
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, w celu uzyskania opinii eksperta PFRON lub przeprowadzenia ewaluacji programu),
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody (cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem),
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu, a konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie sprawy.

Oświadczam, iż zapoznałem się

.....
(data, czytelnie imię i nazwisko)