

**Zarządzenie Nr 71/2016**  
**Prezydenta Miasta Ostrołęki**  
**z dnia 22 marca 2016r.**

**w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2016 roku.**

Na podstawie art. 35a ust. 1 pkt. 1 lit. a, pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., N 127, poz. 721 ze zm.) oraz w związku z porozumieniem Nr O07/31/AS/2012 z dnia 27 czerwca 2012 r. zawartym przez Miasto Ostrołęka z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Określa się zasady przyznawania dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd” w 2016 roku w mieście Ostrołęka zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia.
2. Wnioski o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” oraz załączniki do wniosków określa załącznik nr 2 do 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

Janusz Kotowski

**Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie  
w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2016 roku  
w Mieście Ostrołęka**

**I. Ogólne postanowienia programu**

Głównym celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

**1. Program w 2016 roku obejmuje następujące formy wsparcia:**

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

- 1) **Obszar A** – likwidacja bariery transportowej:
  - **Zadanie nr 1** - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
  - **Zadanie nr 2** – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B,
- 2) **Obszar B** – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:
  - **Zadanie nr 1** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,
  - **Zadanie nr 2** – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania.
- 3) **Obszar C** – likwidacja barier w poruszaniu się:
  - **Zadanie nr 2** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
  - **Zadanie nr 3** – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości,
  - **Zadanie nr 4** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości),
- 4) **Obszar D** – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej.

**1.2. Moduł II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

## 2. Adresaci programu i warunki uczestniczenia w programie.

### 2.1. Moduł I:

**Obszar A Zadanie nr 1** - osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności) oraz dysfunkcję narządu ruchu. W przypadku osób w wieku emerytalnym wymagane jest zatrudnienie.

**Obszar A Zadanie nr 2** - osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności oraz dysfunkcję narządu ruchu.

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

**Obszar B Zadanie nr 1 i 2** - osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności) oraz dysfunkcję obu kończyn górnych lub narządu wzroku. W przypadku osób w wieku emerytalnym wymagane jest zatrudnienie.

Przez dysfunkcję narządu wzroku należy rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

- a) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni;
- b) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia - gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

przy czym osoby niepełnosprawne posiadające dysfunkcje narządu wzroku wymienione w lit. a i lit. b, są traktowane jak osoby niewidome.

Przez dysfunkcję obu kończyn górnych należy rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie

utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe).

W Obszarze B Zadaniu 2 dodatkowym warunkiem uzyskania dofinansowania jest posiadanie sprzętu elektronicznego i oprogramowania nabytego w ramach programu.

**Obszar C Zadanie nr 2** - osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności), która jest użytkownikiem wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

**Obszar C Zadanie nr 3 i nr 4** - osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej lub emerytalnym – jeśli jest zatrudniona, po amputacji kończyn/y, a ekspert PFRON potwierdzi stabilność procesu chorobowego oraz rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.

**Obszar D** - osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, jest aktywna zawodowo i pełni rolę opiekuna prawnego dziecka. Przez aktywność zawodową należy rozumieć zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, albo jako osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu.

2.2.Moduł II:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- nauka w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

**Warunki wykluczające uczestnictwo w programie:**

- wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce,
- w Module II – przerwa na nauce.

### 3. Udział własny

Udział własny wnioskodawcy jest wymagany w poniższych zadaniach:

1) w module I wynosi co najmniej:

- a) 10% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru B Zadanie nr 1, Obszaru C Zadania: nr 3 i nr 4,
- b) 15% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru A, Zadanie nr 1 oraz Obszaru D,
- c) 25% ceny brutto zakupu/usługi w ramach Obszaru A: Zadanie nr 2,

2) w module II - w zakresie kosztów czesnego:

- 15% wartości czesnego – w przypadku przyznania dofinansowania, o którym mowa w ust. 4.2. pkt 3 dla zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),
- 65% wartości czesnego – w przypadku przyznania dofinansowania, o którym mowa w ust. 4.3. dla zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) – warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie

wyższym (drugiego i kolejnych kierunków), z zastrzeżeniem, iż z obowiązku wniesienia ww. udziału własnego w module II zwolniony jest wnioskodawca, który zatrudnienie po raz pierwszy rozpoczął w 2016 roku, a także w takim przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę.

#### **4. Kwoty dofinansowania.**

4.1. Maksymalna kwota dofinansowania w ramach modułu I wynosi, w przypadku:

1) Obszaru A:

a) w Zadaniu nr 1 – 5.000 zł,

b) w Zadaniu nr 2 – 2.100 zł, w tym:

– dla kosztów kursu i egzaminów – 1.500 zł,

– dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 600 zł,

2) Obszaru B:

a) w Zadaniu nr 1:

– dla osoby niewidomej – 20.000 zł, z czego na urządzenia brajlowskie 12.000 zł,

– dla pozostałych osób z dysfunkcją narządu wzroku – 8.000 zł,

– dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych – 5.000 zł,

b) w Zadaniu nr 2:

– dla osoby głuchoniewidomej – 4.000 zł,

– dla pozostałych adresatów obszaru – 2.000 zł,

z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w indywidualnych przypadkach, maksymalnie o 100%, wyłącznie w przypadku, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia,

3) Obszaru C:

a) w Zadaniu nr 2 – 2.000 zł,

b) w Zadaniu nr 3 dla protezy na III poziomie jakości, przy amputacji:

– w zakresie ręki – 9.000 zł,

– przedramienia – 20.000 zł,

– ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym – 26.000 zł,

– na poziomie podudzia – 14.000 zł,

– na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20.000 zł,

– uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym – 25.000 zł,

z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy), zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON,

c) w Zadaniu nr 4 – do 30% kwot, o których mowa w lit. b,

d) w Zadaniu nr 3 i nr 4 dla refundacji kosztów dojazdu beneficjenta programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z beneficjentem programu – w zależności od poniesionych kosztów, nie więcej niż 200 zł,

- 4) Obszaru D – 200 zł miesięcznie, nie więcej niż 2.400 zł w ciągu roku – tytułem kosztów opieki nad jedną (każdą) osobą zależną.
- 4.2. W ramach modułu II kwota dofinansowania poniesionych kosztów nauki, dotyczących semestru/półrocza objętego dofinansowaniem, wynosi w przypadku:
- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – nie mniej niż 700 zł, maksymalnie 1.000 zł,
  - 2) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – do 4.000 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 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę.
- 4.3. W przypadku, gdy wnioskodawca w module II pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów), kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 1.500 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę.
- 4.4. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w ust. 4.2. pkt 1 może być zwiększony, nie więcej niż o:
- 1) 700 zł - w przypadkach, gdy: wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej,
  - 2) 500 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
  - 3) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny,
  - 4) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki.
- 4.5. Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, o którym mowa w ust. 4.2. pkt 1 nie przysługuje w przypadku, gdy wnioskodawca:
- 1) z powodu niezadawalających wyników w nauce powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON),
  - 2) zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestr/półrocze) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON.
- 4.6. Wyliczona kwota dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne), o której mowa w ust. 4.2. pkt 3 oraz ust. 4.3., ulega zmniejszeniu o 300 zł w przypadku, gdy wnioskodawca po pomyślnym ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach danej formy edukacji na poziomie wyższym, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę w ramach takiej samej formy edukacji na poziomie wyższym (np. po zakończeniu studiów I stopnia, ponownie rozpoczyna studia I stopnia) chyba, że wnioskodawca:
- 1) ubiega się o dofinansowanie semestru/półrocza danej formy edukacji na poziomie wyższym, jaki dotychczas nie był objęty dofinansowaniem ze środków PFRON, albo

- 2) jednocześnie pobiera naukę na dwóch kierunkach w ramach tej samej formy edukacji na poziomie wyższym, wówczas zmniejszenie kwoty dofinansowania kosztów nauki (czesne) - nie obowiązuje.

## **II. Tryb składania i rozpatrywania wniosków**

### **1. Składanie wniosków**

Wnioski o dofinansowanie w ramach programu dostępne są w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, ul. Hallera 12 oraz na stronach internetowych [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl). Wnioski wraz z kompletem wymaganych załączników wg wzorów stanowiących załączniki do zarządzenia, należy składać w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Ostrołęce w godzinach 9.00 -15.00, pokój 6A, w następujących terminach:

- a) w przypadku Modułu I - od 23 marca 2016 r. do 30 sierpnia 2016 r,
- b) w przypadku Modułu II przewidziane są dwa cykle składania wniosków:
  - od 23 marca 2016r. do 12 kwietnia 2016r. – w przypadku wniosków o dofinansowanie roku szkolnego/akademickiego 2015/2016,
  - od 15 września 2016r. do 10 października 2016r. – w przypadku wniosków o dofinansowanie roku szkolnego/akademickiego 2016/2017.

### **2. Ocena formalna i merytoryczna**

2.1. 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.

2.2. Wnioskodawca zobowiązany jest poinformować MOPR w Ostrołęce o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

2.3. 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 dane dotyczące tabeli „Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), 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” nie są obowiązkowe.

2.4. W przypadku wystąpienia braków formalnych we wniosku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce informuje wnioskodawcę o konieczności uzupełnienia wniosku, których musi dokonać w ciągu 14 dni roboczych od otrzymania pisma z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce (nie przewiduje się możliwości powtórnego uzupełnienia wniosku).

2.5. Niedostarczenie brakujących dokumentów w terminie 14 dni roboczych od otrzymania pisma powoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania, tym samym negatywną ocenę formalną. Wnioski negatywne są archiwizowane.

2.6. Wniosek zweryfikowany pozytywnie pod względem formalnym poddawany jest ocenie merytorycznej. Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia

wniosek, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limitach środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu. Wniosek oceniany jest na podstawie karty merytorycznej wniosku przez komisję powołaną przez Dyrektora MOPR w Ostrołęce. Maksymalna ilość zdobytych punktów wynosi 114.

2.7. Wnioski w ramach modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.

2.8. Preferencje przysługujące wnioskodawcom w trakcie rozpatrywania wniosków w ramach modułu I:

- 1) w 2016 roku preferowane są wnioski dotyczące osób niepełnosprawnych, które studiują lub są zatrudnione oraz wnioski składane w ramach Obszaru C Zadanie nr 3,
- 2) w sytuacji, gdy limit środków finansowych przekazany przez PFRON nie umożliwia udzielenia dofinansowania wszystkim wnioskodawcom z równorzędną oceną wniosku, o przyznaniu dofinansowania decyduje:
  - a) stopień niepełnosprawności potencjalnego beneficjenta pomocy w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski dotyczące osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a w dalszej kolejności, gdy reguła postępowania wyrażona w lit. a - nie prowadzi do wyboru wniosku do dofinansowania:
  - b) wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy, w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski wnioskodawców, których dochód jest najniższy.

2.9. Oceniane merytorycznie wnioski są szeregowane na liście rankingowej, według kolejności wynikającej z uzyskanej liczby punktów. Tworzone są dwie odrębne listy rankingowe dotyczące Modułu I, oddzielnie dla wydatków bieżących i oddzielnie dla wydatków inwestycyjnych tj.:

- a) lista rankingowa Nr 1 obejmuje wnioski: Obszar A Zadanie nr 2, Obszar B Zadanie nr 2, Obszar D;
- b) lista rankingowa Nr 2 obejmuje wnioski: Obszar A Zadanie nr 1, Obszar B Zadanie nr 1, Obszar C Zadania nr 2, 3 i 4.

2.10. Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania dotyczących wniosków z listy rankingowej Nr 1 wynosi 45 punktów.

2.11. Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania dotyczących wniosków z listy rankingowej Nr 2 wynosi 65 punktów.

2.12. W Module I Obszarze C Zadaniu nr 3 i 4 dodatkowym warunkiem uzyskania dofinansowania jest uzyskanie pozytywnej opinii eksperta powołanego przez PFRON potwierdzającej stabilność procesu chorobowego oraz potwierdzającej rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia w programie oraz o ile dotyczy celowości zwiększenia jakości protezy do poziomu IV.

2.13. 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.



2.14.MOPR w Ostrołęce może żądać dostarczenia przez wnioskodawcę dowodów potwierdzających wysokość uzyskanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.

2.15.Wnioski wnioskodawców będących pracownikami MOPR w Ostrołęce, mogą być zrealizowane tylko w takim przypadku, gdy zgodność oceny formalnej oraz, o ile dotyczy - merytorycznej wniosku, z przyjętymi zasadami, zostanie potwierdzona przez właściwy terytorialnie Oddział PFRON. Powyższy tryb dotyczy także innych sytuacji budzących wątpliwość co do bezstronności MOPR w Ostrołęce. O konieczności zastosowania wskazanego trybu, rozstrzyga Oddział PFRON na podstawie zgłoszenia MOPR w Ostrołęce.

2.16.Ostateczny termin oceny wniosków pod względem formalnym i merytorycznym ustala się do 30 listopada 2016 roku.

### **III Decyzja o przyznaniu dofinansowania i umowa dofinansowania**

1. 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.
2. Decyzję w sprawie dofinansowania podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce. Wysokość przyznanych środków finansowych dla wnioskodawcy na dofinansowanie poszczególnych form wsparcia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce uzależniać będzie od środków finansowych przekazanych przez PFRON oraz od weryfikacji kwot wskazanych we wnioskach.
3. W sytuacji gdy informacje we wniosku na dzień podpisania umowy są nieaktualne wnioskodawca musi dokonać korekty wniosku przed podpisaniem umowy. Wówczas decyzję o wysokości dofinansowania MOPR w Ostrołęce podejmuje na podstawie informacji po korekcie wniosku.
4. 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 listach rankingowych.
5. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.
6. Tryb odwoławczy nie przysługuje.
7. Przyznanie dofinansowania nastąpi na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej między Miastem Ostrołęka w imieniu, którego działa MOPR w Ostrołęce a wnioskodawcą.
8. W przypadku, gdy beneficjent pomocy w ramach Modułu II posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania danego półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, w terminie określonym w umowie.
9. Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa w ust. 8, będzie wynikać, iż beneficjent pomocy nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (przestał 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. Wysokość dofinansowania obniża się proporcjonalnie do liczby dni, również w sytuacji gdy beneficjent pomocy został skreślony z listy studentów w okresie objętym dofinansowaniem.

#### **IV Postanowienia końcowe.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszym zarządzeniem stosuje się zapisy następujących dokumentów:

1. Pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
2. Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2016 roku.
3. Zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

Załącznik Nr 2  
do zarządzenia Nr 71/2016  
Prezydenta Miasta Ostrołęki  
z dnia 22 marca 2016 r.

**Wnioski o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu  
„Aktywny Samorząd” w 2016 roku oraz załączniki do wniosków.**

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”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

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

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

Wnioskodawca     rodzic dziecka     opiekun prawny podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez..... ważny do .....r.

PESEL

Płeć:    kobieta    mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:                      samodzielne                      wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** – miejsce ,w którym  
Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo.....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

**Kontakt telefoniczny:**

nr tel. : .....

e'mail (o ile dotyczy): .....

**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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pełnoletni:      tak                      nie Płeć:              kobieta                      mężczyzna	<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały) Kod pocztowy <input type="text"/> <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**

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

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

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<b>NARZĄD RUCHU</b> , w zakresie:	<b>obu</b> kończyn górnych	<b>jednej</b> kończyny górnej
	<b>obu</b> kończyn dolnych	<b>jednej</b> 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:

**NARZĄD WZROKU**

osoba niewidoma      osoba głuchoniewidoma

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć*):

upośledzenie umysłowe	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	choroby układu oddechowego i krążenia	choroby układu moczowo - pęciowego	inne
choroby psychiczne	epilepsja	choroby układu pokarmowego	choroby neurologiczne	całościowe zaburzenia rozwojowe

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (o ile dotyczy)**

Zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba:

bezrobotna      poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu      nie dotyczy

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

zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....		Nazwa pracodawcy: .....
na czas nieokreślony                      inny, jaki: .....		Adres miejsca pracy: .....
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... .....
działalność gospodarcza    Nr NIP: .....		działalność rolnicza

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	

### OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	INNA, jaka:
STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	STUDIA    PODYPLOMOWE	STUDIA    DOKTORANCKIE

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE                       nie dotyczy

### NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:                      tak                       nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:                      tak                       nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca po otrzymaniu dofinansowań ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 grudnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON naruszył warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadził do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku:                      tak                       nie

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Cel</b> (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	<b>Przedmiot dofinansowania</b> (co zostało zakupione ze środków PFRON)	<b>Beneficjent</b> (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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy Wnioskodawca/podopieczny uczy się w szkole/szkole wyższej i osiąga dobre wyniki w nauce (średnia ocen powyżej 4,00)?	<input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak
4) Uzasadnienie składanego wniosku (w tym projekt eliminacji lub zmniejszenia barier w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji oraz w związku z tym uzasadnienie potrzeby zakupu określonego przedmiotu dofinansowania)  W przypadku ubiegania się o ponowne udzielenie pomocy na ten sam cel należy podać istotne przesłanki (związane z aktywnością zawodową i nauką wnioskodawcy) wskazujące na potrzebę ponownego finansowania ze środków PFRON	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



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

Specyfikacja zakupu (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:	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

#### 6. Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....		Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu	
NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU		POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: .....	
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU?:			
NIE		TAK w ..... roku w ramach .....	
a także w .....		roku w ramach .....	

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### **Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto),
- 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,
- 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, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy 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.

.....  
Miejscowość, data

.....  
**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 aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym 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 w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> ) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<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.	Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<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"/>	

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

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

##### Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:      NIE                      TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu: .....

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy:

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
<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		
<b>Razem</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA

JAZDY:    **NIE**      **TAK** w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

##### 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)*

numer rachunku bankowego: \_ \_ - \_ \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ -

nazwa banku .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B:  tak -  nie,
- 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, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (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	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
----------------------------	-------------------------------------

### 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 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 wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<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 o terminie rozpoczęcia kursu prawa jazdy wydany przez firmę przeprowadzającą kurs (o ile dotyczy)	<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.	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 oraz nr 2

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

#### 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		
Zadanie nr 2		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\* - należy zaznaczyć właściwe

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### **Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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,
- o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które

przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://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 zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania) – o ile dotyczy,
7. w okresie ostatnich 3 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, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy 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.

..... Miejscowość, data	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
----------------------------	-------------------------------------

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

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR</b> <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia 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 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 lub 2b do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	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"/>	
7.	Faktura proforma lub specyfikacja zakupu	<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.	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 C/Zadanie nr 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego 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	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

#### 6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?  
NIE TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym  
NIE TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: NIE TAK, w dniu: ..... r.  
Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: ..... r.

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:  
NIE TAK, w dniu: ..... r.

\*- należy zaznaczyć właściwe

<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> 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: _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -
nazwa banku .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://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. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT(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.

..... Miejscość, data	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
--------------------------	-------------------------------------

### 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) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<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 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<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 kosztów	<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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<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"/>	



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

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

#### 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

<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> uraz                      inna, jaka: .....
<b>Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:</b> stabilny                      niestabilny
<b>Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:</b> ..... .....
NIE POSIADAM PROTEZY  OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....
<b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:</b> <b>NIE</b> <b>TAK</b> w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczonej o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### **Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- 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) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
  7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
  8. 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,
  9. 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,
  10. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
  11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto 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.

..... Miejscowość, data	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
----------------------------	-------------------------------------

## 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 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Faktura proforma lub specyfikacja zakupu	<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.	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 4

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, 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:	
<b>RAZEM</b>	

#### 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:		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> w zakresie ręki przedramienia ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> na poziomie podudzia na wysokości uda (także przez staw kolanowy) uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>	
Przyczyna amputacji kończyny:    uraz            inna, jaka: .....	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:            stabilny            niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: .....	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <b>NIE</b> <b>TAK</b> - w ramach (np. programu) ..... W .....r.	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upływał: <b>NIE</b> <b>TAK</b> , w dniu: ..... r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <b>NIE</b> <b>TAK</b> , w dniu: ..... r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
<b>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)</b>	
numer rachunku bankowego:    _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -	
nazwa banku .....	

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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](http://www.pfron.org.pl), a także [www.mopr.ostroleka.pl](http://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) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
- 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 przyznanej pomocy finansowej, przelew środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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.

.....  
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 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 w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<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
<b>RAZEM:</b>					

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

<p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b>                  na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p>
numer rachunku bankowego:    - -   - -   - -   - -   - -   - -   - -   - -   - -   - -   - -
nazwa banku .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
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. 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, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (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 (1-8) 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)	<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 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<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.	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"/>	

**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: .....

<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>	<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
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 ...../...../ 2016 r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 2016 r. (o ile dotyczy)**

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: .....**

KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znaczny (I grupa inwalidzka)	5	9	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2		
b)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoby głuchoniewidome		2		
c)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2		
<b>2 Aktywność zawodowa:</b>					
a)	osoba aktywna zawodowo		10	25	
b)	osoba zatrudniona		15		
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	osoba studiująca		30	30	
b)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole podstawowej, gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej		10		
<b>4 Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do zakupu protezy kończyny		25	50	
b)	Wnioskodawca/podopieczny pobiera naukę w szkole/szkole wyższej i osiąga dobre wyniki w nauce (średnia ocen powyżej 4,00)		5		
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		0-10		
e)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)</b>			<b>maksymalnie 114</b>		

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../ 2016 r. (o ile dotyczy)

<b>OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU</b>			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	pozytywna: ..... negatywna: .....  data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../2016 r.



# 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):

<b>Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1</b> ..... zł	<b>Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2</b> ..... zł	<b>Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1</b> ..... zł
<b>Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2</b> ..... zł	<b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2</b> ..... zł	<b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3</b> ..... zł
<b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4</b> ..... zł	<b>Moduł I Obszar D</b> ..... zł	
<b>W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2</b>		
Koszty kursu i egzaminów: ..... zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: ..... zł	
<b>W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4</b>		
Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: ..... zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: ..... 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 imienne pracownika MOPR w Ostrołęce  
przygotowującego umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna osoby podpisującej umowę*

data, podpis:

.....

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:  lekkim      umiarkowanym      znacznym		pieczętka, nr i podpis lekarza
	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  tak      nie		pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(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 stwierdza się, że:
  - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:  
  
jednego oka  
  
obydwu oczu
  - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*  
  
w oku lewym do: ..... stopni  
  
w oku prawym do: ..... stopni
  - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*  
  
w oku lewym wynosi: .....  
  
w oku prawym wynosi: .....
  - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  
  
tak                      nie

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

(miejsowość )

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

.....  
**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 .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza

**Przyczyna amputacji kończyny:**    uraz                      inna, jaka:

.....

**Aktualny stan procesu chorobowego:**    stabilny                      niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

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

.....

(miejsowość )

(data)

pieczętą, nr\_ i podpis lekarza

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”

### MODUŁ II- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

#### 1. Informacje Wnioskodawcy

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... ważny do .....r.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne wspólne

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejsce ,w którym

Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo.....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(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): .....

#### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji  
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

upośledzenie umysłowe	choroby układu wzroku	choroby układu oddechowego i krążenia	choroby neurologiczne
choroby psychiczne	upośledzenie narządu ruchu	choroby układu pokarmowego	inne
zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	epilepsja	choroby układu moczowo - pęciowego	całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba:

bezrobotna                      poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu                      nie dotyczy

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

zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....

Nazwa pracodawcy: .....

na czas nieokreślony                      inny, jaki: .....

Adres miejsca pracy: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

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

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

działalność gospodarcza      Nr NIP: .....

działalność rolnicza

## ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:                      tak                       nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:                      tak                       nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca po otrzymaniu dofinansowań ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 grudnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON naruszył warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadził do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku:                      tak                       nie

<b>Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?</b> 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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

<b>Czy Wnioskodawca korzystał dotychczas z dofinansowania ze środków PFRON do kosztów nauki w ramach programu:</b> <input type="checkbox"/> <b>STUDENT</b> <input type="checkbox"/> <b>STUDENT II</b>		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 ..... ..... .....			
<b>Czy Wnioskodawca korzystał dotychczas z dofinansowania ze środków PFRON do kosztów nauki w ramach programu Aktywny samorząd – MODUŁ II?</b>		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:

jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia	studia drugiego stopnia
studia podyplomowe	studia doktoranckie	nauka w kolegium pracowników służb społecznych
nauka na uczelni zagranicznej	staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	nauka w szkole policealnej

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:** stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

**Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:** tak nie

**Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:** tak nie

**Pełna nazwa szkoły:** .....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
<b>Wydział</b>	<b>Kierunek nauki</b>	<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<b>Rok nauki</b>	<b>Semestr nauki</b>
		tak nie		

### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na 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)
Opłata za naukę (czesne): .....**			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
<b>Razem</b>			

\* 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?	nie	tak
Czy Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania?	nie	tak
Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny?	nie	tak
Czy Wnioskodawca powtarza semestr/półrocze uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON z powodu niezadowolających wyników w nauce?	nie	tak



Czy Wnioskodawca zmienia kierunek lub szkołę/uczelnię, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?	nie	tak
Czy Wnioskodawca po ukończeniu nauki objętej dofinansowaniem ze środków PFRON, ponownie rozpoczyna lub kontynuuje naukę na tej samej formie edukacji na poziomie wyższym?	nie	tak
<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY</b>		
(lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich), na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku		
numer rachunku bankowego:	-	-
nazwa banku .....		

**6. Uzasadnienie wniosku-** należy wskazać związek pomiędzy udzieleniem dofinansowania a możliwością realizacji celów pilotażowego programu „Aktywny samorząd – MODUŁ II”

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**7. Oświadczenia Wnioskodawcy**

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://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 MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem (o ile dotyczy),
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 uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (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	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
----------------------------	-------------------------------------

## 8. 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 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku <b>nie dotyczy</b> 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"/>	
5.	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"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcę dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<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"/>	

**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: .....	<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 ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 2016 r. (o ile dotyczy)**

**Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../2016 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:

..... 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

*pieczętki imienne pracownika MOPR w Ostrołęce  
przygotowującego umowę*

data, podpis:

*pieczętką imienną osoby podpisującej umowę*

data, 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

Czy Pan/Pani powtarza semestr/półrocze\* nauki z powodu niezadowolających wyników  
w nauce:      tak      nie

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

Nauka odbywa się w systemie:      stacjonarnym      niestacjonarnym

Forma kształcenia:

jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia	studia drugiego stopnia
studia podyplomowe	studia doktoranckie	kolegium pracowników służb społecznych
staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		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 przepisem nr 1**):

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

### Oświadczam, także że:

- przeciętny miesięczny dochód wynosi .....zł.  
(słownie:.....).  
..... złotych) (**należy wyliczyć zgodnie z przepisem nr 2**);
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art.233 KK).

....., dnia .....r.  
*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. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

### Przypis nr 1

Zgodnie z art.3 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r., poz. 114 z późn.zm.) ilekroć w tej ustawie jest mowa o:

1) dochodzie - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.), 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,

## Oświadczenie o wysokości dochodów

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,
- 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.zm.),
- 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 sojuszników, 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 i habilitacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2014 r. poz. 1852, z późn. zm.), stypendia doktoranckie określone w art. 200 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2014 r. poz. 715, z późn.zm.) 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 191 z późn.zm.),
- 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 wypłacone 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 (Dz. U. z 2015 r., poz. 2156, z późn. 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 (Dz.U. z 2012 r., poz.572, z późn.zm.),
- kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2015r. poz. 693),
- świadczenie rodzicielskie,
- zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników;

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

**przeciętny miesięczny dochód netto  
przypadający na jedną osobę pozostającą we  
wspólnym gospodarstwie domowym  
z Wnioskodawcą**

łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

=

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1  
niniejszego Oświadczenia

## **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ostrołęce przy ul: Gen. J. Hallera 12 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

***Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.***

.....  
(imię i nazwisko)

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ostrołęce przy ul: Gen. J. Hallera 12 (administrator danych) oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz.2135 j.t.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie