

**Zarządzenie Nr 68/2018**  
**Prezydenta Miasta Ostrołęki**  
**z dnia 7 marca 2018r.**

**w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowania w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2018 roku.**

Na podstawie art. 35a ust. 1, pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. 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 2018 r. 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 w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie internetowej Miasta Ostrołęki.

PREZYDENT MIASTA

Janusz Kotowski

**Ogólne zasady dotyczące składania, rozpatrywania, realizowania i rozliczania wniosków  
złożonych o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd” w 2018 roku w mieście Ostrołęka**

**W oparciu o:**

- 1) pilotażowy program „Aktywny samorząd” zatwierdzony przez Radę Nadzorczą PFRON,
- 2) kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku,
- 3) zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
- 4) umowę nr AS3/000010/07/D z 22 kwietnia 2013 r. z późniejszymi zmianami pomiędzy PFRON z siedzibą w Warszawie a Miastem Ostrołęka,

ustala się ogólne zasady składania, rozpatrywania, realizowania i rozliczania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku realizowanego w mieście Ostrołęka. W sprawach nieuregulowanych niniejszym zarządzeniem stosuje się zapisy powyższych dokumentów.

**I. Składanie wniosków**

Program „Aktywny samorząd” w 2018 roku obejmuje następujące formy wsparcia:

**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.

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

Wnioski o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”, dotyczące adresatów programu zamieszkujących na terenie miasta Ostrołęki, 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). Wzory wniosków o dofinansowanie stanowią załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

Wnioski wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, ul. Hallera 12 w godzinach 9.00 - 15.00, pokój 1, w następujących terminach:

- a) w przypadku Modułu I - od 16 kwietnia 2018 r. do 30 sierpnia 2018 r.,
- b) w przypadku Modułu II przewidziane są dwa cykle składania wniosków:
  - od 12 marca 2018 r. do 30 marca 2018 r. – w przypadku wniosków o dofinansowanie roku szkolnego/akademickiego 2017/2018,
  - od 17 września 2018 r. do 10 października 2018 r. – w przypadku wniosków o dofinansowanie roku szkolnego/akademickiego 2018/2019.

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

Beneficjent pomocy ubiegający się o dofinansowanie do różnych zadań zobowiązany jest złożyć odrębny wniosek do każdego z nich, z wyjątkiem zadania B1 i B2 (jeśli będzie taka możliwość) - w tym przypadku beneficjent składa jeden wniosek, jak również w przypadku ubiegania się o dwa przedmioty dofinansowania z jednego zadania dotyczy np. protez kończyn.

## **II. Zasady rozpatrywania wniosków**

### **1. Weryfikacja formalna i merytoryczna wniosków**

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

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

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

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

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

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

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

W Module I wnioski zweryfikowane pozytywnie pod względem formalnym poddawane są następnie ocenie merytorycznej w terminie do 30 września 2018 r.

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

Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limitach środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu. Wnioski oceniane są na podstawie karty merytorycznej wniosku (znajdującej się na stronie 8 wniosku) przez komisję powołaną przez Dyrektora MOPR w Ostrołęce. Maksymalna liczba zdobytych punktów wynosi 60.

Wnioski w ramach Modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.

Oceniłone 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.

Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania, dotyczących wniosków z listy rankingowej Nr 1 wynosi 30 punktów.

Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania, dotyczących wniosków z listy rankingowej Nr 2 wynosi 35 punktów.

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

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

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

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

MOPR w Ostrołęce ma prawo podjąć decyzję o przywróceniu Wnioskodawcy określonego terminu.

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

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

- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – do 1.000 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.

W przypadku, gdy Wnioskodawca w Module II zwróci się z prośbą o zwiększenie dofinansowania opłaty za naukę (czesne) powyżej kwoty 3 000 zł lub o zwiększenie kwoty

dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego powyżej 4 000 zł, musi uzasadnić przesłanki zasługujące na indywidualne rozpatrzenie jego prośby.

Decyzja w sprawie wyrażenia zgody na zwiększenie kwoty dofinansowania kosztów opłaty za naukę (czesne) dla Wnioskodawcy, którego przeciętny miesięczny dochód przekracza kwotę 583 zł na osobę lub zwiększenia kwoty dofinansowania dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego może być podjęta przez Pełnomocników Zarządu w Biurze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie wystąpienia i pozytywnej opinii Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce lub Oddziału Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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

- 1) 500 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
- 2) 300 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny,
- 3) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki lub studiuje w przyspieszonym trybie;
- 4) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba poszkodowana w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.

Ponowne dofinansowanie ze środków PFRON kosztów nauki w przypadku powtarzania przez Wnioskodawcę semestru/półroczna roku szkolnego lub akademickiego w ramach danej formy kształcenia jest dopuszczalne w przypadku pomyślnego ukończenia przez Wnioskodawcę nauki objętej w ramach programu dofinansowaniem ze środków PFRON w zakresie tej samej formy edukacji na poziomie wyższym oraz w sytuacji gdy powtarzanie semestru/półroczna roku szkolnego lub akademickiego przez Wnioskodawcę następuje z przyczyn od niego niezależnych (np. stan zdrowia, likwidacja/zamknięcie kierunku).

### **III Realizowanie i rozliczanie dofinansowania**

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

Decyzję w sprawie dofinansowania podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce na podstawie informacji aktualnych na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem Wnioskodawców zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych – w tym przypadku. 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.

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.

Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.

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

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

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

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

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

Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa powyżej, będzie wynikać, iż beneficjent pomocy nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (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.

Wypłata dofinansowania na pokrycie opłaty za naukę (czesne) następuje wyłącznie na rachunek bankowy Wnioskodawcy na podstawie faktury lub innych dowodów księgowych wraz z potwierdzeniem poniesienia kosztów w formie zaświadczenia wydanego np. przez uczelnię/szkolę.

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

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

W sytuacji, gdy łączna wartość uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu w danym roku przekracza kwotę 10.000 zł, zabezpieczeniem udzielonego dofinansowania jest weksel własny in blanco wystawiony przez Wnioskodawcę i opatrzony klauzulą „bez protestu” wraz z deklaracją wekslową oraz awalem współmałżonka (o ile dotyczy). W przypadku, gdy Wnioskodawca pozostaje w związku małżeńskim, współmałżonek Wnioskodawcy oprócz złożonego podpisu na wekslu, podpisuje również deklarację do weksla in blanco. Górną wartością sumy wekslowej jest wartość udzielonego dofinansowania, powiększona o odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych oraz koszty dochodzenia roszczeń.

Załącznik Nr 2  
do zarządzenia Nr 68/2018  
Prezydenta Miasta Ostrołęki  
z dnia 7 marca 2018r.

**Wnioski o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu  
„Aktywny Samorząd” w 2018 roku oraz załączniki do wniosków.**



Wniosek złożono

w dniu .....

Nr sprawy:

Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce



program realizowany przez MOPR w Ostrołęce



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

## CZĘŚĆ A- WNIOSEK

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

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

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b> pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> <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 numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... ważny do .....r.

PESEL

Płeć:  kobieta     mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne     wspólne    Stan cywilny:  wolna/y     zamężna/żonaty

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

Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy  -  .....  
(poczta)

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  -  .....  
(poczta)

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

Pełnoletni:  tak  nie

Płeć:  kobieta  mężczyzna

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -   .....

(poczta)

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 OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

NARZĄD RUCHU, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

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

NARZĄD WZROKU

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności (proszę zaznaczyć):

upośledzenie umysłowe

zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

choroby układu oddechowego i krążenia

choroby układu moczowo - płciowego

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:.....

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

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE PRZEZ OSOBE NIEPEŁNOSPRAWNĄ

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	

### OBECNIE WNIOSKODAWCA / PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ (dotyczy osoby niepełnosprawnej)

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka: .....
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....		
.....		
<b>Uwaga!</b> 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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożono wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPR?

tak  nie

<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)	<b>Numer i data zawarcia umowy</b>	<b>Termin rozliczenia</b>	<b>Kwota przyznana (w zł)</b>	<b>Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)</b>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<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) Czy Wnioskodawca/podopieczny został w 2017 r. lub 2018 r. poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
5) 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/podopiecznego wnioskodawcy) wskazujące na potrzebę ponownego finansowania ze środków PFRON	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

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

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

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

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

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

Data weryfikacji formalnej wniosku: .....

**Weryfikacja formalna wniosku:**

**pozytywna**

**negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie

w zakresie: .....

- tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak  - nie

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

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej .....**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... (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>	znacznego (I grupa inwalidzka)	2	<b>4</b>		
		umiarkowanego (II grupa inwalidzka)	1			
b)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoby głuchoniewidome	1				
c)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	1				
<b>2 Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:</b>						
a)	osoba aktywna zawodowo	5	<b>29</b>			
b)	osoba zatrudniona	24				
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia osoby niepełnosprawnej:</b>						
a)	osoba studiująca	5	<b>7</b>			
b)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole podstawowej, gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej	2				
<b>4 Inne kryteria:</b>						
a)	Osoba niepełnosprawna została w 2017r. lub 2018r. poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	6	<b>20</b>			
b)	Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy 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		1		
		– w przypadku więcej niż jedna osoba		2		
d)	Uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania wyeliminuje lub zmniejszy bariery w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji	0-5				
e)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	2				
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)</b>			<b>maksymalnie 60</b>			

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

### OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

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

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

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

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

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

### Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

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

**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):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 ..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 ..... zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 ..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 ..... zł		<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D ..... 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 imienna pracownika MOPR w Ostrołęce  
przygotowującego umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna osoby podpisującej umowę*

data, podpis:



Wniosek złożono

w dniu .....

Nr sprawy:

Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce



program realizowany przez MOPR w Ostrołęce



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".

#### 1. Informacje Wnioskodawcy

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.		
Dowód osobisty numer ..... wydany w dniu.....r. przez..... ważny do .....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"/>	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty		
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> – miejsce ,w którym Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(pocztą)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo.....	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(pocztą)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr tel. : ..... e'mail (o ile dotyczy): .....	
<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		



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

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

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

#### Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)		

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)      Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Nauka odbywa się w systemie:  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	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na semestr/półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
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?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak

Czy Wnioskodawca zmienia kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca powtarza semestr/półroczce uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca w 2017 lub 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak

**Przyznaną kwotę dofinansowania proszę o przekazanie:**

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

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

numer rachunku bankowego: ---

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:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz 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,
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 naukę (czesne) w okresie objętym dofinansowaniem (o ile dotyczy).

*Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 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</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki. 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 pracodawcy 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: .....  - tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - nie

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

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika dokonującego  
weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

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

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

# DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH MODUŁU II

pozytywna:

negatywna:

## Deklaracja bezstronności

### Oświadczam, że:

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

### Zobowiązuję się do:

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

## PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

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

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

..... zł

..... zł

## UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Ostrołęka, .....

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

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

*pieczętka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce  
przygotowującego umowę*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna osoby podpisującej umowę*

*data, podpis:*



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

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

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....	<input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: .....	
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU ?: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w ..... roku w ramach ..... 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 od 6 miesięcy do lat 8”.

#### **Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](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 MOPR w Ostrołęce 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. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej faktury VAT(lub innego dowodu księgowego).

Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-10) 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 albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego wnioskodawcy (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"/>	

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

#### 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: .....

#### 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 od 6 miesięcy do lat 8”.

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](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, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dowodu księgowego).

Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-9) 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		
ŁĄCZNIE		

\* - 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 od 6 miesięcy do lat 8”.

#### **Oświadczam, że:**

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

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, przełanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dokumentu księgowego).

Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, lub 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)- o ile dotyczy</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"/>	

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

#### 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: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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 od 6 miesięcy do lat 8”.

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz 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 Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowaną, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
7. o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT(lub innego dokumentu księgowego).

Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

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

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub 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. 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"/>	
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"/>	



#### 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> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
<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

Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: ..... .....
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM PROTEZY <input type="checkbox"/> OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): ..... .....
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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 od 6 miesięcy do lat 8”.

#### Oświadczam, że:

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

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

Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do 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.	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.	Dwie niezależne oferty zakupu protezy (załącznik nr 4 do wniosku)	<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 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> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): _____ _____ _____	
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: _____ _____	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... w .....r.	
Okres gwarancyjny przedmiotu dofinansowania upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (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 od 6 miesięcy do lat 8”.

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](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) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury 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 niemającego pisać, lecz mogącego czytać.

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

**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.	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.	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.	Dwie niezależne oferty zakupu protezy (załącznik nr 4 do wniosku)	<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"/>	

#### 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

Czy dziecko Wnioskodawcy w okresie wakacji będzie przebywało w placówce: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK,
<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>
numer rachunku bankowego: <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <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"/>
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 od 6 miesięcy do lat 8”.

#### Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, w danym roku ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz 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 przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dowodu księgowego).

Wnioskodawca niemogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy

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

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dolączył 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 stanowiącego/ych 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"/>	

.....

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

.....

dnia.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
- .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
- .....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy  
 (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

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

....., 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**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, 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 .....

(miejscowość)

(data)

.....  
 pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

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

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

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

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

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

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

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Forma kształcenia:

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

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

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

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

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

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

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

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

Podpis i pieczętka pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data: .....

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

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem  
[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) lub [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

Ewentualne nieprawidłowości kikuta: .....

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych  
fabrycznie**

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

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych  
indywidualnie dla wnioskodawcy**

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

--

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

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

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem  
[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) lub [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

Opis problemu: .....

Co trzeba zrobić: .....

### Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

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

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

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

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez przeciętny miesięczny dochód należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony **za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek**.

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

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

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

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

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

### Oświadczam, także że:

1) przeciętny miesięczny dochód wynosi .....zł.

(słownie:.....)

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

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 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r, poz. 1952 ze 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 2018 r. poz. 200 ze 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) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- 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 niewypalów 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 pobylem 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 2018 r. poz. 108 ze 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 sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
  - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia doktoranckie 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. 2017r. poz. 1789 t.j.), stypendia doktoranckie określone w art. 200 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2017r. poz. 2183 t.j.), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2017 r. poz. 1463 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 2017 r. poz. 1189 ze 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 wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
  - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198 ze zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
  - kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 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 2015 poz. 693 i 1220 oraz z 2017 r. poz. 1386),
  - świadczenie rodzicielskie,
  - zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
  - stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej;

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

<b>przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą</b>	=	<b>łączy przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia</b>
		<hr/>
		<b>liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia</b>

## **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 2016 r. poz.922 z późn. zm.).

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

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie