

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu  
„Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar C – Zadanie nr 6  
pomoc w zakupie manualnego wózka multipozycyjnego lub jego niezbędnego wyposażenia**

**DANE WNIOSKODAWCY**

**ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                                                                           | Zawartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>                                                  | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Z dnia:</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sygnatura akt:</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Repertorium nr:</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>                                                        | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                                                |

**Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.**

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

**DANE WNIOSKODAWCY****DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

| Nazwa pola           | Zawartość                                                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                                                                                                      |
| Powiat:              |                                                                                                                                                      |
| Gmina:               |                                                                                                                                                      |
| Miejscowość:         |                                                                                                                                                      |
| Ulica:               |                                                                                                                                                      |
| Numer domu:          |                                                                                                                                                      |
| Numer mieszkania:    |                                                                                                                                                      |
| Kod pocztowy:        |                                                                                                                                                      |
| Poczta:              |                                                                                                                                                      |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Numer telefonu:      |                                                                                                                                                      |
| Adres email:         |                                                                                                                                                      |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola        | Zawartość |
|-------------------|-----------|
| Województwo:      |           |
| Powiat:           |           |
| Gmina:            |           |
| Ulica:            |           |
| Numer domu:       |           |
| Numer mieszkania: |           |
| Miejscowość:      |           |
| Kod pocztowy:     |           |
| Poczta:           |           |

## DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

### DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola           | Zawartość |
|----------------------|-----------|
| Województwo:         |           |
| Powiat:              |           |
| Gmina:               |           |
| Ulica:               |           |
| Numer domu:          |           |
| Numer mieszkania:    |           |
| Miejscowość:         |           |
| Kod pocztowy:        |           |
| Poczta:              |           |
| Rodzaj miejscowości: |           |
| Numer telefonu:      |           |
| Adres email:         |           |

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

| Nazwa pola                                                           | Zawartość                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                       |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> ważne bezterminowo<br><input type="checkbox"/> ważne okresowo – do dnia:                                                  |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Numer orzeczenia:</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>     | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                       |
| <b>Niezdolność do pracy:</b> | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe  
☐ 02-P – choroby psychiczne  
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  
☐ osoba głucha  
☐ osoba głuchoniema  
☐ 04-O – narząd wzroku  
☐ osoba niewidoma  
☐ osoba głuchoniewidoma  
☐ 05-R – narząd ruchu  
☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  
☐ dysfunkcja obu kończyn górnych  
☐ 06-E – epilepsja  
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego  
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego  
☐ 10-N – choroby neurologiczne  
☐ 11-I – inne  
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                                 | Zawartość                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

- ☐ nie dotyczy  
☐ osoba nieaktywna zawodowo  
☐ osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
 Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:  
☐ osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
☐ działalność gospodarcza  
☐ działalność rolnicza  
☐ osoba zatrudniona  
☐ Jestem na stażu zawodowym  
☐ Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

| Forma zatrudnienia | Od dnia | Na czas nieokreślony | Do dnia |
|--------------------|---------|----------------------|---------|
|--------------------|---------|----------------------|---------|

|                                                                                                                                                                                                             |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
| <input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |

**OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM**

- ☐ Nie dotyczy  
☐ Przedszkole  
☐ Szkoła podstawowa  
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa  
☐ Technikum  
☐ Liceum  
☐ Szkoła policealna  
☐ Kolegium  
☐ Studia I stopnia  
☐ Studia II stopnia  
☐ Studia magisterskie (jednolite)  
☐ Studia podyplomowe  
☐ Studia doktoranckie  
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)  
☐ Szkoła doktorska  
☐ Uczelnia zagraniczna  
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE  
☐ Każda inna, jaka:

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

☐ tak ☐ nie

| Zadanie                               | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b> |                      |

**Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

☐ tak ☐ nie

**Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

☐ tak ☐ nie

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

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

☐ tak ☐ nie

## UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):**

☐ tak ☐ nie

**Posiadam wózek inwalidzki elektryczny:**

☐ tak ☐ nie

**Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:**

☐ tak ☐ nie

**Posiadam manualny wózek multipozycyjny:**

☐ tak ☐ nie

**Posiadam inny wózek ręczny:**

☐ tak ☐ nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

*Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*

a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma  
☐ media  
☐ Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON  
☐ PFRON  
☐ inne, jakie?:

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- ☐ indywidualne   ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

*Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2024 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2025 r., według wzoru:  $[(5.429 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ).*

*Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.*

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 6

| Przedmiot pomocy                                            | Cena brutto (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| Model wózka manualnego multipozycyjnego:                    |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Elektryczne odchylanie oparcia     |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Elektryczne przechylenie siedziska |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Hamulec dla opiekuna               |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Hamulec jednostronny               |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Klin odwodzący                     |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Koła na różną nawierzchnię         |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Kółka antywywrotne                 |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Napęd jednoręczny                  |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Napęd wspomagający dla opiekuna    |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Pałak do prowadzenia wózka         |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Pasy biodrowe                      |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Pasy stabilizujące                 |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Peleryna p/deszczowa               |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Peloty piersiowe                   |                    |                                         |

|                                                                                                          |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plecak użytkownika                                                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Podnóżek z kompensacją długości kończyny                                        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Podnóżek z płynnie regulowanym kątem gięcia w kolanie                           |  |  |
| <input type="checkbox"/> Podparcia boczne tułowia                                                        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Poduszki podłokietnika rynienkowe, bądź podłokietniki dostosowane               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Specjalistyczna poduszka przeciwośleźynowa                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> Specjalistyczne oparcie o większym zakresie dopasowania i wyrównania kręgosłupa |  |  |
| <input type="checkbox"/> Specjalistyczne półki na stopy z miękkim wyścieleniem                           |  |  |
| <input type="checkbox"/> Stolik terapeutyczny/roboczy                                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Uchwyt lub torba na butlę z tlenem                                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Uchwyt lub torba na respirator                                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Uchwyt na kubek, telefon, tablet                                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Uprząże/kamizelki                                                               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Zagłówek zaawansowany, np. z możliwością podparcia części potylicznej, diademem |  |  |
| <input type="checkbox"/> Inny przedmiot (opis w uzasadnieniu wniosku)                                    |  |  |
| <b>Razem:</b>                                                                                            |  |  |

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

| Nazwa pola                | Zawartość |
|---------------------------|-----------|
| Numer rachunku bankowego: |           |
| Nazwa banku:              |           |

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

**Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

**Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

**Cele przetwarzania**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

**Podstawa prawna przetwarzania**

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

***Okres, przez który dane będą przechowywane***

*Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.*

**Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

**Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.**

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

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i> | <i>Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i> |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                   |

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a/ .....zamieszkały/a/

.....  
/miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania/

na podstawie rozdziału II ust. 9 dokumentu pn. *Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II programu „Aktywny samorząd”*, oświadczam, iż składam wniosek w formie papierowej z powodu wykluczenia cyfrowego, a tym samym braku możliwości złożenia wniosku w formie elektronicznej za pośrednictwem systemu SOW.

....., dnia ..... r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

## OŚWIADCZENIE

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Lipsku,
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 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), [www.pcpirlipko.samorząd.pl](http://www.pcpirlipko.samorząd.pl), a także w siedzibie PCPR w Lipsku,
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 w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR lub informacji w systemie SOW oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. oświadczam, że dane zawarte we wniosku są aktualne.

*Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.  
O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuje się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni*

....., dn. ....

.....

Podpis oświadczającego

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

## **OŚWIADCZENIE**

*Oświadczam, że posiadam udział własny co najmniej w wysokości **10 %** ceny brutto zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego w ramach **Modułu I Obszar C Zadanie 6** w wysokości .....złotych.*

*Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuje się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni.*

.....  
*data*

.....  
*podpis Wnioskodawcy*

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU, W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH

Ja niżej podpisany/a ..... zamieszkały(a)

imię i nazwisko

.....PESEL.....,

miejsowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, poczta

oświadczam, że: (właściwe należy zaznaczyć)

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe\* i przeciętny miesięczny dochód\*\*\* (netto) wynosi ..... zł.
- prowadzę wspólne gospodarstwo domowe i\*\* przeciętny miesięczny dochód\*\*\* (netto) wynosi ..... zł, tj. .... zł na osobę.

*Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.*

*O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni.*

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem**

....., dnia.....r. ....

miejsowość

czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\***samodzielne gospodarstwo domowe** – gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

\*\***wspólne gospodarstwo domowe** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

\*\*\***przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2024 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2025 r.), według wzoru:  $[(5\ 429\ \text{zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

W szczególności do dochodu nie wliczane są:

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

Uwaga do dochodu wliczamy nagrody, fundusz socjalny z pracy.

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

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

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

**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 Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lipsku (ul. Ilżecka 6, 27-300 Lipsko, telefon kontaktowy: 48 378 10 11).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.

- 10) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej oraz znane mi są przysługujące prawa ochrony moich danych osobowych.

.....

(miejscowość data)

.....

(czytelny podpis)