



Nr sprawy: .....

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum  
Pomocy Rodzinie w Toruniu,  
w dniu: .....

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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

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

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

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

#### DANE PERSONALNE

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

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

..... ważny do dnia..... PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Miejscowość .....  miasto  wieś

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Ulica .....

Nr domu .....Nr m. .... Powiat .....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość .....

miasto  wieś  miasto do 5 tys. mieszkańców

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Ulica ..... Nr .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. .... nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

Adres korespondencyjny:

(dotyczy jeśli jest inny od adresu zamieszkania) .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - PCPR  - PFRON  - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:  
[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz na stronie BIP PCPR Toruń

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (proszę zakreślić właściwe pole )

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 ważne:  okresowo do .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</b> | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych    | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych                   | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym                  |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: 

|   |                                      |                                      |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O:</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca         | Ostrość wzroku (w korekcji): .....   | Ostrość wzroku (w korekcji): .....   |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma            | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma      |                                      |                                      |

 **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

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

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <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 POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <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         |

Nauka prowadzi do:  zdania matury  uzyskania średniego wykształcenia  uzyskania zawodu: .....Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej: .....Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):  
.....  
.....

Aktywność społeczna Wnioskodawcy: Czy Wnioskodawca jest zaangażowany w działalność społeczną, przynależność do stowarzyszeń lub organizacji pozarządowych? (należy udokumentować w przeciwnym razie nie będzie brane pod uwagę)

tak  nie

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY - nie dotyczy

zatrudniony - od dnia: .....  staż pracy w latach .....  niezatrudniony - od dnia: .....

zarejestrowany od dnia: ..... jako:  bezrobotny  poszukujący pracy  odbywa staż zawodowy od dnia: .....

**Nazwa pracodawcy:** .....

**Adres miejsca pracy:** .....

działalność gospodarcza  działalność rolnicza Miejsce prowadzenia działalności: .....

**Informacje na temat podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez Wnioskodawcę** (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych), podejmowania działań w celu lepszego przygotowania się do podjęcia pracy lub dalszego kształcenia (współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem):

**Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jedną osobę w gosp. domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:** ..... zł (na podstawie załącznika nr 1)

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie

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

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

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? |   |  |                             |                    |                        |  | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)  | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>  |   |  |                             |                    |                        |  |                              |                              |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby), w formie załącznika do wniosku. Wszystkie dodatkowe załączniki należy wyszczególnić na liście stanowiącej załącznik do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową / nauką podopiecznego / utratą uprzednio dofinansowanego przedmiotu / pogorszeniem stanu zdrowia uniemożliwiającym korzystanie z posiadanego – uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania.

| Pytanie/zagadnienie   | Informacje Wnioskodawcy  |
|---|--|
| <p><b>1) Uzasadnienie wniosku</b></p> <p>(w przypadku zbyt małej ilości miejsca prosimy o uzasadnienie na osobnej kartce)</p> <p>w tym, jeśli dotyczy:</p> <p>a) należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu</p> <p>b) należy wykazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesienie jakości wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia</p>   | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                       |
| <p><b>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności   <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>           |
| <p><b>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana</b> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym z Oddziału PFRON, PCPR, MOPS)?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak   <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| <p><b>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)   <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>                                      |
| <p><b>5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe</b> (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie <b>działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</b> albo <b>w sposób aktywny poszukuje pracy</b> lub <b>stara się lepiej przygotować do jej podjęcia</b> albo <b>do dalszego kształcenia</b> (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p> <p>- <u>Można wskazać aktywność z okresu 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku</u></p> | <p><input type="checkbox"/> - nie   <input type="checkbox"/> - nie dotyczy   <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

**Deklaracja bezstronności do wniosku nr:..... - WYPEŁNIA PCPR****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,
- zrzeczenia się z oceny wniosku/podjęcia decyzji/zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4.

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | Data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty - eksperta (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  | <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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |

**Weryfikacja formalna wniosku:**  pozytywna  negatywna z dnia .....

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....  - tak  - nie  - nie dotyczy

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - nie

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 20.... r. (o ile dotyczy)**

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../ ...../ 20.... r.**

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

| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – dotyczy Modułu I                          |  |   |                        |                            |                        |                        |
|---|--|---|------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|
| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała  |  |   | Liczba punktów         | Maksymal na liczba punktów | Punktacja nr 1 wniosku | Punktacja nr 2 wniosku |
| <b>1</b>  | <b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>  |   |                        |                            |                        |                        |
| a)  | Stopień niepełnosprawności<br>(jeden stopień do wyboru)  | znaczny (I grupa inwalidzka)  | 10                     | 15                         |                        |                        |
|   |  | umiarkowany (II grupa inwalidzka)   | 5                      |                            |                        |                        |
| b)  | Występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c   |   | 5                      |                            |                        |                        |
| <b>2</b>  | <b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>   |   |                        |                            |                        |                        |
| a)  | Osoby uczące się<br>(jeden przypadek do wyboru)  | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę (bez względu na poziom i formę- poza studiami wyższymi) | 10                     | 15                         |                        |                        |
|   |  | Osoby studiujące  | 15                     |                            |                        |                        |
| <b>3</b>  | <b>Miejsce zamieszkania:</b>   |   |                        |                            |                        |                        |
| a)  | Wnioskodawca zamieszkuje obszar wiejski  |   | 5                      | 5                          |                        |                        |
| <b>4</b>  | <b>Inne kryteria:</b>  |   |                        |                            |                        |                        |
| a)  | Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem  |   | 25                     | 55                         |                        |                        |
| b)  | Sytuacja mieszkaniowa<br>(jeden przypadek do wyboru)   | Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe (os.samotne)                                     | 15                     |                            |                        |                        |
|   |  | Inne osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy                                   | 10                     |                            |                        |                        |
| c)  | Osoby zarejestrowane w UP jako bezrobotne lub poszukujące pracy (okres rejestracji musi wynosić co najmniej 6 miesięcy)  |   | 10                     |                            |                        |                        |
| d)  | Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie powinno wskazać, iż wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy, poziom wykształcenia oraz zmniejszy skutki niepełnosprawności |   | 5                      |                            |                        |                        |
| <b>5</b>  | <b>Preferencje PFRON (inne):</b>   |   |                        |                            |                        |                        |
| a)  | Osoba zatrudniona (zgodnie z definicją programu)   |   | 90                     | 90                         |                        |                        |
| <b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>   |  |   | <b>maksymalnie 180</b> |                            | .....                  | .....                  |
| <b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b> |  |   |                        |                            |                        |                        |

Wnioskuję o wydanie opinii eksperta  TAK  NIE

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../ 20.....r. (o ile dotyczy)

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR**

| Data, pieczęćka i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | Liczba punktów ogółem | Proponowana kwota dofinansowania (w złotych) | Opinia eksperta (o ile dotyczy)   |
|--|-----------------------|--|---|
|  |                       |  | pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> |
| data i czytelny podpis lekarza specjalisty - eksperta                        |                       |  |   |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

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

**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

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

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

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Koszty kursu i egzaminów:<br>..... zł | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:<br>..... zł |
|---------------------------------------|---|

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

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

**W przypadku wniosku w ramach Modułu II**

|   |  |
|---|--|
| 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:<br>..... zł | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:<br>..... zł |
|---|--|

Z przeznaczeniem na:

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

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

STRONA 5

| 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<br>(razem z pkt 4 – w zł) | Wymagany/ Deklarowany udział własny<br>(15% ceny brutto) | Kwota wnioskowana (w zł)<br><u>- orientacyjna cena brutto minus wymagany udział własny</u> |
|--|--|--|
|  |  |  |

## 6. Informacje uzupełniające

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

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Toruniu  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 przyjmę do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także stronie BIP PCPR Toruń,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15% ceny brutto**),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,



8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Toruń, dnia ..... /..... /20... r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik socjalny z rejonu wypisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczęć imienną i 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.

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika |  | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE<br>REALIZATOR PROGRAMU<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                             |
|------------------|--|--|--------------------------|-----------------------------|
|                  |  | Dołączono<br>do wniosku  | Uzupełniono              | Data uzupełnienia<br>/uwagi |
| 1.               | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 2.               | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę – prowadzącego (w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń), potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu - wypełnione czytelnie w języku polskim, (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3) – o ile dotyczy | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 3.               | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku- Załącznik nr 1   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 4.               | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2) - 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.               | Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę/Podopiecznego, ze szkoły lub uczelni – o ile dotyczy   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 8.               | Zaświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy – o ile dotyczy  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 9.               | Zaświadczenie potwierdzające rejestrację Wnioskodawcy w urzędzie pracy – o ile dotyczy   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 10.              | Kserokopia prawa jazdy i dowodu osobistego Wnioskodawcy  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 11.              | Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 12.              | Podstawa kalkulacji kosztów zakupu przedmiotu dofinansowania – dokument pozwalający określić wysokość kwoty wnioskowanej np. specyfikacja przedmiotu, faktura proforma, oferta firmy itp.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |
| 13.              | Inne załączniki (należy wymienić):   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                             |

Załącznik nr 1



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisana(y)

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkała(y)

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

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

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

Oświadczam, także że:

- przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ..... zł (słownie złotych: .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z przepisem nr 2);
- prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.  
*miejscowość*

.....  
*podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**  
W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać uchylona 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.

## Przypis nr 1

**1.gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub

b) **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcą, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

**Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - należy przez to 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518), 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 2015 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2016 r. - M.P. 2016 poz. 932), według wzoru:  $[(1.975 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

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

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. t.j. 2016 r. poz. 2032 ze zm.). Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.

**Uwaga!** Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu **zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym** (np. kserokopie PIT-ów złożonych w US lub zaświadczenia z US, a tylko w przypadku, gdy dana osoba nie jest zobowiązana do składania PIT - inne dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów). W takim przypadku należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych.

Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

## Przypis nr 2

– sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

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

łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „**Razem**” w tabeli Oświadczenia o wysokości dochodów

=

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli Oświadczenia o wysokości dochodów

Załącznik nr 2



## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu, ul. Towarowa 4-6 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu.

Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

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

.....  
(imię i nazwisko)<sup>1</sup>

.....  
(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 (należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca składa wniosek na rzecz podopiecznego)\*.

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

przez PCPR w Toruniu, ul. Towarowa 4-6 (administratora danych) w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922), a także na udostępnienie tych danych przez PCPR (na potrzeby sprawozdawcze i analityczne) do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

<sup>1</sup> niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz **dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby** posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR w Toruniu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie



.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

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

- w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia: .....

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 pieczęcią):

|                          |  |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych       | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych    | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych    | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?): .....                  | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja narządu ruchu: .....                                   | pieczęć i podpis lekarza |

....., dnia .....r.,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę