

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, SAM – Mobilność osób z niepełnosprawnością

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „Mobilność osób z niepełnosprawnością”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu
„Samodzielność – Aktywność – Mobilność!”**

**DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	- we własnym imieniu - jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego - jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego - jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) - na mocy pełnomocnictwa
Nazwa właściwego sąduⁱ:	
Data wydania dokumentuⁱⁱ:	
Sygnatura aktⁱⁱⁱ:	

Oświadczam, że posiadam ważne (na dzień składania wniosku) orzeczenie sądu do reprezentowania Beneficjenta i dokonywania czynności w programie (do złożenia wniosku, podpisania umowy dofinansowania).

Oświadczam, że posiadam ważne (na dzień składania wniosku) pełnomocnictwo do reprezentowania Beneficjenta i dokonywania czynności w programie (do złożenia wniosku, podpisania umowy dofinansowania).

**DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	kobieta mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, SAM – Mobilność osób z niepełnosprawnością

Nazwa pola	Zawartość
Numer mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	- miasto powyżej 5 tys. mieszkańców - miasto do 5 tys. mieszkańców - 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:	
Pocztą:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	kobieta mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, SAM – Mobilność osób z niepełnosprawnością

Nazwa pola	Zawartość
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB
DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji:	Tak Nie dotyczy
Stopień niepełnosprawności ^{iv} :	Znaczny Nie dotyczy

ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON I REALIZATORA PROGRAMU

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:
 tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

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

PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot pomocy:
 Dofinansowanie zakupu dostosowanego samochodu osobowego dla kierowcy^v
 Dofinansowanie zakupu dostosowanego samochodu osobowego dla pasażera

Cena brutto oprzyrządowanego samochodu (w zł)	
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	
Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)	
Procentowy udział własny Wnioskodawcy	

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, SAM – Mobilność osób z niepełnosprawnością
OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: Beneficjent nie jest w stanie w żadnej sytuacji i na żadnym dystansie przemieszczać się bez użycia wózka inwalidzkiego oraz nie jest w stanie samodzielnie przesiąść się z wózka inwalidzkiego na fotel kierowcy lub pasażera oraz dostarczy ważne zaświadczenie lekarskie w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji o zakwalifikowaniu wniosku
2	Oświadczam, że: Beneficjent legitymuje się ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne
3	Oświadczam, że: Beneficjent nie dokona zbycia pojazdu dofinansowanego ze środków Programu, przez okres co najmniej 7 lat od dnia otrzymania dofinansowania oraz będzie go używał zgodnie z celem Programu
4	Oświadczam, że: Beneficjent nie przebywa w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w przepisach o pomocy społecznej, zakładzie karnym, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym albo schronisku dla nieletnich
5	Oświadczam, że: Beneficjent jest obywatelem Polski lub cudzoziemcem posiadającym prawo stałego pobytu na terenie Polski
6	Oświadczam, że: Beneficjent w przypadku wyboru dofinansowania dla pasażera, w razie otrzymania dofinansowania będzie miał zapewnionego kierowcę, który będzie dyspozycyjny i który umożliwi transport adresatowi programu
7.	Oświadczam, że: Beneficjent w okresie ostatnich 7 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku nie otrzymał dofinansowania na zakup dostosowanego pojazdu ze środków PFRON
8.	Oświadczam, że: Beneficjent w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku nie otrzymał dofinansowania na doposażenie pojazdu ze środków PFRON
9.	Oświadczam, że: Beneficjent posiada ważne prawo jazdy kategorii B w przypadku składania wniosku o dofinansowanie zakupu dostosowanego samochodu do potrzeb kierowcy poruszającego się na wózku inwalidzkim
10.	Oświadczam, że: w gospodarstwie domowym Beneficjenta mieszka poza Beneficjentem co najmniej 1 osoba z niepełnosprawnością narządu ruchu o znacznym stopniu niepełnosprawności:
11.	Oświadczam, że: Beneficjent lub wnioskodawca w jego imieniu składał 1-3 razy wniosek/wnioski o dofinansowanie we wcześniejszych naborach programu i nie otrzymał go z powodu wyczerpania się środków finansowych
12.	Oświadczam, że: Beneficjent lub wnioskodawca w jego imieniu składał 4-6 razy i więcej wnioski o dofinansowanie we wcześniejszych naborach programu i nie otrzymał go z powodu wyczerpania się środków
13.	Oświadczam, że: Beneficjent jest zatrudniony wyłącznie na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę zgodnie z obowiązującym Kodeksem pracy na okres nie krótszy niż 1 rok, które rozpoczęło się, co najmniej na sześć miesięcy przed złożeniem wniosku albo o prowadzeniu działalności gospodarczej, a także działalności rolniczej, co najmniej przez sześć miesięcy przed złożeniem wniosku. W okresie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiednio, nie przebywał na urlopie bezpłatnym albo nie zawiesił działalności gospodarczej

Wniosek {NumerWnioskuUsn}, SAM – Mobilność osób z niepełnosprawnością

Lp.	Treść oświadczenia
14.	Oświadczam, że: Beneficjent pobiera naukę i ukończył co najmniej jeden semestr przed złożeniem wniosku w ramach każdej z form edukacji przewidzianych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe, a także w szkole wyższej

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

ⁱPole wymagane do uzupełnienia w przypadku opiekuna prawnego

ⁱⁱPole wymagane do uzupełnienia w przypadku opiekuna prawnego i pełnomocnictwa

ⁱⁱⁱPole wymagane do uzupełnienia w przypadku opiekuna prawnego

^{iv}Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w art. 5 pkt 1 (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji), art. 5 pkt 1a (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji) albo art. 62 ust. 2 pkt 1 (orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów) albo art. 62 ust. 3 pkt 1 (osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym uznaje się za niepełnosprawne, z tym że osoby, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, traktuje się jako zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

^vDofinansowanie kosztów zakupu dostosowanego samochodu osobowego. tj. pojazdu, w którym dokonano technicznych dostosowań pod kątem indywidualnych potrzeb kierowcy z niepełnosprawnością uniemożliwiającą poruszanie się bez użycia wózka inwalidzkiego w sposób, który umożliwia zajęcie miejsca kierowcy bez konieczności przesiadania się z wózka inwalidzkiego.

Dofinansowanie kosztów zakupu dostosowanego samochodu osobowego. tj. pojazdu, w którym dokonano technicznych dostosowań pod kątem indywidualnych potrzeb pasażera z niepełnosprawnością uniemożliwiającą poruszanie się bez użycia wózka inwalidzkiego w sposób, który umożliwia zajęcie miejsca pasażera bez konieczności przesiadania się z wózka inwalidzkiego.