

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
 znaczny stopień
 I grupa inwalidzka
 całkowita niezdolność do pracy
 umiarkowany stopień
 II grupa inwalidzka
 częściowa niezdolność do pracy
 lekki stopień
 III grupa inwalidzka
 Orzeczenie ważne: okresowo do bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

- NARZĄD RUCHU, w zakresie: kończyn dolnych kończyn górnych
 NARZĄD WZROKU NARZĄD SŁUCHU CHOROBY SOMATYCZNE
 OGÓLNY STAN ZDROWIA INNE PRZYCZYNY, jakie

ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY

- zatrudniony nie zatrudniony nie dotyczy
 miejsce pracy:.....
 zawód wykonywany:.....
 zarejestrowany w PUP jako: bezrobotny poszukujący pracy

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

- niepełne podstawowe podstawowe zawodowe
 średnie ogólne średnie zawodowe policealne
 wyższe inne, jakie:

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

- ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA LICEUM TECHNIKUM
 SZKOŁA POLICEALNA KOLEGIUM, jakie
 STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) STUDIA PODYPLOMOWE STUDIA DOKTORANCKIE
 STUDIA ZAGRANICZNE INNY, jaki.....
 STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE
 NAUKA W SYSTEMIE: niestacjonarnym stacjonarnym

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

STRONA 7

pieczętka imienna pracownika Oddziału PFRON

data, podpis:

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

Maksymalna kwota dofinansowania wyliczona zgodnie z procedurą

Data weryfikacji wniosku/...../ 200

Data przekazania wniosku na Komisję/...../ 200

OPINIA KOMISJI - wniosek nr:.....

pozytywna: negatywna:

Kwota dofinansowania: zł.

Uzasadnienie negatywnej

opinii:.....

.....

.....

podpisy członków Komisji dnia/...../200 ... r

Data przekazania wniosku Pełnomocnikom Zarządu PFRON/...../200..r.

DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON

pozytywna: negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI zł.

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

.....

..... dnia/...../200 ... r.

.....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar C – Wniosek „P” STRONA 5

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA			
Specyfikacja zakupu	ORIENTACYJNA CENA (kwota w zł)	WYPEŁNIA KOMISJA (kwota w zł)	WYPEŁNIAJĄ PEŁNOMOCNICZY (kwota w zł)
Nazwa/model wózka:			
Dodatkowe wyposażenie wózka, oferowane przez dostawcę wraz z wózkiem:			
RAZEM			

5. Informacje uzupełniające

Posiadany sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny:

.....

.....

Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca jest dostępny dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózku inwalidzkim: tak nie

jeśli nie, jakie występują bariery:

.....

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Kwota wnioskowana zł.

(słownie).

We wniosku należy wypełnić wszystkie 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.

7. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnienia
		wypełnia PFRON	
1. kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym – za rok poprzedzający rok, w którym złożono wniosek; wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy, wypełnione czytelnie w języku polskim - o ile dotyczy; wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. zaświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. zaświadczenie potwierdzające rejestrację Wnioskodawcy w powiatowym urzędzie pracy – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę, ze szkoły lub uczelni – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam, że:

1. podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskałam(em)/uzyskałam(em)* pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
3. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 1 % ceny brutto zakupu wózka**),
4. przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie - w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT i wypełnionej przez dostawcę przedmiotu zakupu, specyfikacji zakupu, stanowiącej załącznik do umowy dofinansowania,
6. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

* niepotrzebne skreślić

..... dnia /..... /200 ... r.

podpis Wnioskodawcy

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane dla potrzeb PFRON – program „PEGAZ 2003”²
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko
pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Ze względu na dysfunkcję narządu ruchu, Pacjent
nie może poruszać się na wózku inwalidzkim o
napędzie ręcznym (o ile dotyczy)

pieczętka i podpis lekarza

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić tylko jedno, właściwe pole)

<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych lub jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego pacjenta

² W ramach programu „Pegaz 2003” możliwe jest udzielenie pomocy ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym osobom niepełnosprawnym, u których dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych, uniemożliwia poruszanie się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym

<input type="checkbox"/>	inne schorzenia	pieczętka i podpis lekarza
--------------------------	-----------------	----------------------------

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

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

Ja niżej

podpisany(a)

zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

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

L.p	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Średni miesięczny dochód brutto*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
Razem:						

* średni miesięczny dochód brutto w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym złożono wniosek o dofinansowanie w ramach programu „Pegaz 2003” (w przypadku każdej z osób należy:

Wniosek o dofinansowanie w ramach programu pn. „Pegaz 2003 – obszar”
łączy dochód brutto uzyskany przez tę osobę w danym roku kalendarzowym podzielić przez 12).

Oświadczam, także że:

- 1) **w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym złożyłem(am) wniosek o dofinansowanie w ramach programu „Pegaz 2003”, średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósłzł. (słownie złotych:)** (należy wyliczyć zgodnie z przepisem nr 2);
- 2) **wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.),**
- 3) **prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

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

miejsowość

podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PFRON środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PFRON płatności tych środków.

Przypis nr 1

Przez pojęcie „wspólne gospodarstwo domowe” – **należy rozumieć członków rodziny wnioskodawcy, zamieszkujących razem z wnioskodawcą w jednym lokalu mieszkalnym lub domu jednorodzinnym, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.**

Przez pojęcie „rodzina Wnioskodawcy” – **należy rozumieć osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, (przy czym przez osoby niespokrewnione pozostające w faktycznym związku rozumie się osoby pozostające w związku w sensie prawnym - np. opiekunowie prawni, członkowie rodzin zastępczych, dzieci przysposobione itp.).**

Przez pojęcie „dochodu brutto” – **należy rozumieć dochód stanowiący podstawę obliczenia podatku, o którym mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.), a w przypadku dochodu z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym – dochód ustalony zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).**

Wniosek o dofinansowanie w ramach programu pn. „Pegaz 2003 – obszar

W związku z powyżej przytoczoną definicją „dochodu brutto” 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.). Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.

Uwaga! Wnioskodawca zobowiązany jest na żądanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów we wspólnym gospodarstwie domowym (np. kserokopia PIT-u złożonego w US).

Wnioskodawca, który prowadzi własne gospodarstwo domowe i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

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

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

średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

=
$$\frac{\text{łączny średni miesięczny dochód brutto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$