



Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK „M-I”

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

#### DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input checked="" type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (Zadanie B1) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (Zadanie B3) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (Zadanie B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input checked="" type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie
Postanowieniem Sądu	
Z dnia	
Sygnatura akt:	
na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie z dnia	
Imię i nazwisko notariusza	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne
<p><b>Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie Wnioskodawcy opiekunem prawnym Podopiecznego lub kopię poświadczzonego notarialnie pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania Mocodawcy.</b></p>	
<input type="checkbox"/> <b>Jako pełnomocnik</b> oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich trzech 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 zarządzeniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	

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

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	Jan
Drugie imię:	
Nazwisko:	Kowalski
PESEL:	90102710442
Data urodzenia:	27.10.1990
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input checked="" type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	mazowieckie
Powiat:	Warszawa
Ulica:	Jasna
Nr domu:	1
Nr lokalu:	1
Miejscowość:	Warszawa
Kod pocztowy:	00-003
Poczta:	Warszawa
Rodzaj miejscowości:	<input checked="" type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	000 000 000
Adres email:	jan.kowalski@wp.pl

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

× Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Nazwa pola	Zawartość
Imię:	Maria
Drugie imię:	Anna
Nazwisko:	Kowalska
PESEL:	21712105498
Data urodzenia:	21.07.2021
Płeć:	<input checked="" type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	mazowieckie
Powiat:	m. st. Warszawa
Gmina:	Warszawa
Ulica:	Jasna
Nr domu:	1
1	Warszawa
Miejscowość:	Warszawa
Kod pocztowy:	00-003
Poczta:	<input checked="" type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	000 000 000
Adres email:	jan.kowalski@wp.pl

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC (WNIOSKODAWCY, DZIECKA, PODOPIECZNEGO LUB MOCODAWCY)

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input checked="" type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input checked="" type="checkbox"/> okresowo – do dnia: 21.07.2037
Numer orzeczenia:	ON.8121.245.2026
Grupa inwalidzka:	<input checked="" type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar B, Zadanie 1 lub 3 lub 4

**Niezdolność do pracy:**

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji
- całkowita niezdolność do pracy
- częściowa niezdolność do pracy
- nie dotyczy

**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
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:	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input checked="" type="checkbox"/> 3 przyczyny

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY,  
DZIECKA/PODOPIECZNEGO LUB MOCODAWCY**

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- zatrudniony

**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/MOCODAWCA 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, Podopieczny lub Mocodawca uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?**

- tak × nie

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

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON przy zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ramach innych zadań niż program „Aktywny samorząd” w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie)?**

- tak × nie

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

**Czy Wnioskodawca/Mocodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**

- tak × nie

**Czy Wnioskodawca/Mocodawca 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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

**Czy Wnioskodawca, Podopieczny lub Mocodawca 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):**

córka Maria zmaga się z wieloma ograniczeniami zdrowotnymi, w tym:

- dysfunkcją aparatu mowy,
- zaburzeniami poznawczymi,
- zaburzeniami neurorozwojowymi.

Z powodu tych problemów Maria nie jest w stanie w pełni komunikować się z otoczeniem ani uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych i społecznych w sposób tradycyjny. W związku z tym konieczne jest zastosowanie systemu C-Eye, który umożliwi zarówno prowadzenie neuror rehabilitacji, jak i komunikację alternatywną. Maria również ma dysfunkcję obu kończyn górnych.

System C-Eye pozwoli Marii na:

- wybór gotowych komunikatów obrazkowych i tekstowych,
- korzystanie z wirtualnych klawiatur (QWERTY, alfabetycznych),
- budowanie wypowiedzi za pomocą syntezy mowy,
- tworzenie indywidualnych plansz komunikacyjnych przygotowanych przez terapeutów,
- przekazywanie odpowiedzi binarnych („tak” / „nie”) oraz sygnałów emocjonalnych,
- prowadzenie konwersacji w czasie rzeczywistym z opiekunem lub terapeutą.

Posiadane przez Marię zasoby i umiejętności komunikacyjne są niewystarczające, aby w pełni realizować codzienne potrzeby, uczestniczyć w życiu społecznym, edukacyjnym i terapeutycznym. Bez systemu C-Eye Maria pozostaje w dużej mierze wyłączona z interakcji społecznych, co ogranicza jej rozwój i samodzielność.

Z punktu widzenia klinicznego i etycznego możliwość komunikacji z otoczeniem należy do fundamentalnych praw każdego człowieka. System C-Eye daje Marii jedyny dostępny kanał ekspresji, pozwalając jej:

- wyrażać potrzeby i sygnały bólu,
- zgadzać się lub odmawiać w sytuacjach zabiegowych,
- komunikować stan emocjonalny,
- uczestniczyć w relacjach społecznych i rodzinnych,
- zachować godność i podmiotowość w procesie leczenia i opieki.

Dofinansowanie systemu C-Eye jest niezbędne do realizacji celu programu PFRON, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta w życiu społecznym, zawodowym oraz w dostępie do edukacji i terapii. Każdy koszt związany z zakupem i obsługą systemu bezpośrednio przekłada się na poprawę funkcjonowania Marii i umożliwia jej aktywny udział w otoczeniu.

**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/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:**

tak  nie

**Proszę wymienić:**

**Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:**

**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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 764), 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), 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 handlowa  
 media  
 Realizator programu  
 PFRON  
 inne, jakie:

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- 
- indywidualne
- 
- wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: 2000,00 zł**

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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), 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 2019 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020 r. - M.P. 2020, poz. 852), według wzoru:  $[(3.244 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób}$  w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

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 B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4****INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Smartfon lub tablet	<input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		

Wniosek nr:		Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar B, Zadanie 1 lub 3 lub 4	
<input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Linijka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Drukarka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Każde inne urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
× Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> Stacjonarny × <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	36 000,00 zł	10 500,00 zł
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<b>Razem:</b>		36 000,00 zł	10 500,00 zł
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie: 25 500 zł</b>			
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie: 70 %</b>			

#### 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:	27 2490 0005 0000 4530 5418 554
Nazwa banku:	Alior Bank

#### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA – dołączone do wniosku

Lp.	Nazwa
1.	OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
2.	KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
3.	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
4.	ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NR ON.8121.245.2026
5.	AKT URODZENIA MARII KOWALSKIEJ
6.	FAKTURA PROFORMA NR 01/03/2026
7.	

*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
Warszawa	01.03.2026	Jan Kowalski
<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>		<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar B, Zadanie 1 lub 3 lub 4

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA – wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa
1.	zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 1 do wniosku)
2.	klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 2 do wniosku)
3.	zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę, na wzorze właściwym dla zadania i rodzaju niepełnosprawności warunkującego przyznanie wsparcia - dotyczy wszystkich wnioskodawców bez względu na stopień i przyczynę niepełnosprawności (załącznik nr 3 a, b, c lub d)
4.	swoje (lub dziecka) orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności
5.	akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka
6.	dokument potwierdzający ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego objętego wnioskiem lub pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy - w przypadku składania wniosku przez pełnomocnika
7.	oferta cenowa lub faktura proforma dokumentująca przewidywany koszt zakupu przedmiotu dofinansowania
8.	fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
9.	osoby, które osiągnęły wiek emerytalny - dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy).

**Informacja dodatkowa** – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

- skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
- kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń i zaświadczeń, które załączasz w oryginale.

**Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.**

