

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprpszczyna.pl,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em)/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**). Środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. 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,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu,
8. oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
9. przyjmuję do wiadomości, iż przez **dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym (w przypadku Obszaru C, Zadanie 1)** należy rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim; oceniając zasadność dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym należy brać pod uwagę, czy:
 - a) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
 - b) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
 - c) istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja),
 - d) zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.
10. przyjmuję do wiadomości, iż przez **wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym** – należy rozumieć wózek inwalidzki wyposażony w napęd elektryczny i akumulatory, przeznaczony do przemieszczania się głównie wewnątrz, ale także na zewnątrz pomieszczeń, wraz z wyposażeniem, także dodatkowym; wózek poprawia lub utrzymuje wydolność osoby niepełnosprawnej ruchowo w zakresie mobilności użytecznej w czynnościach codziennych i samoobsłudze, a także uczestniczenia społecznego (w szczególności uczestniczenia w edukacji, wykonywania pracy zarobkowej),
11. na cel objęty niniejszym wnioskiem uzyskałam (em)/podopieczny uzyskał pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak nie.
12. Wnioskodawca po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie ze środków PFRON do danego obszaru/zadania objętego wnioskiem w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (nie otrzymał nigdy wcześniej dofinansowania ze środków PFRON na obszar/zadanie objęte wnioskiem w programie „Aktywny samorząd” za pośrednictwem PCPR w Pszczynie ani innego Realizatora (samorządu powiatowego): tak nie.

Informacje uzupełniające

1) Osoba niepełnosprawna korzystała już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Osoba niepełnosprawna posiada wózek o napędzie elektrycznym: MODEL zakupiony ze środków:	rok nabycia:r. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Osoba niepełnosprawna uzyskała wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
4) Waga osoby niepełnosprawnej, która będzie użytkowała wózek: kg
5) Wzrost osoby niepełnosprawnej, która będzie użytkowała wózek:cm
6) Budynek, w którym mieszka osoba niepełnosprawna umożliwia poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7) Mieszkanie, w którym mieszka osoba niepełnosprawna umożliwia poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Osoba niepełnosprawna może samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9) Osoba niepełnosprawna w trakcie korzystania z wózka będzie korzystała z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10) Czy w przypadku osoby niepełnosprawnej występują przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

WAŻNE:

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
- w przypadku, gdy Wnioskodawca dołącza do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON,
- z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 poz. 426, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON naruszył warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadził do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

.....,

miejsowość

data

.....

podpis Wnioskodawcy