POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Środzie Wielkopolskiej

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....
numer sprawy

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

Moduł I Obszar C Zadanie nr 5
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

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.

1. Informacje o wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

imię ..... **nazwisko** .....

data urodzenia ..... r. **PESEL** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

obywatelstwo .....

gospodarstwo domowe wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne - ……. osób

wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wynosi ……..…… **zł, tj.** ……. **na osobę**

CECHY DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ

(należy wypełnić wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL)

seria ..... **numer** ..... **wydany w dniu** ..... r. **ważny do** …….. r.

wydany przez .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... **miejscowość** .....
(poczta)

ulica ..... **nr domu** ..... **nr lokalu** .....

powiat ..... **województwo** .....

adres korespondencyjny (należy wpisać jeśli jest inny od adresu zamieszkania): ……..

……

numer telefonu: ....., **e-mail:** .....

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 oraz www.srodawlkp.epcpr.pl

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

u wnioskodawcy występuje/ą następująca/e przyczyna/y niepełnosprawności:
(niepełnosprawność ta musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności)

☐ **05-R - narząd ruchu w zakresie:** ☐ obu kończyn górnych ☐ obu kończyn dolnych

☐ jednej kończyny górnej ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym ☐
Wnioskodawca nie porusza samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym ☐
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym ☐

☐ 01-U - upośledzenie umysłowe

☐ 02-P - choroby psychiczne

☐ 03-L **-** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha

☐ 04-O - narząd wzroku

☐ 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

☐ w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

☐ **niezatrudniona/y**

☐ **zarejestrowana/y w powiatowym urzędzie pracy jako:** ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy**
od dnia ……

☐ **zatrudniona/y na czas nieokreślony od dnia:** .....

☐ **zatrudniona/y na czas określony**
od dnia: ..... **do dnia:** .....
Uwaga! Okresy zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia.

nazwa pracodawcy:
……
……
……
……

forma zatrudnienia:

☐ **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**

☐ **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę**

☐ **umowa cywilnoprawna**

☐ **staż zawodowy** - *w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 ze zm.)*

☐ **inna forma zatrudnienia (jaka):** ……

adres miejsca pracy:
……
……
……

telefon kontaktowy do pracodawcy:
……

☐ **działalność gospodarcza**
w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. , poz. 646 ze zm.)

☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej:**

nr ....., **z dnia** …… **dokonanego w urzędzie:**
……

nr NIP: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **nr REGON: _ _ _ _ _ _ _ _ _**

nazwa, adres siedziby, numer telefonu:
……
……

☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**

.....
.....

☐ **działalność rolnicza**
w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336 ze zm.)

miejsce prowadzenia działalności:
.....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

☐ **podstawowe** ☐ **gimnazjalne** ☐ **zawodowe** ☐ **średnie ogólne** ☐ **średnie zawodowe**
☐ **policealne** ☐ **wyższe** ☐ **inne, jakie:** ……

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

□ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA □ LICEUM □ TECHNIKUM □ SZKOŁA POLICEALNA

□ KOLEGIUM □ INNA, jaka: ……

□ STUDIA (I stopnia) □ STUDIA (II stopnia) □ STUDIA (jednolite magisterskie)

□ STUDIA PODYPLOMOWE □ STUDIA DOKTORANCKIE □ NIE DOTYCZY

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

nazwa placówki .....

klasa/rok ……..... **wydział** ……..

kierunek ……

kod pocztowy ....., **poczta** ……..…..…… **miejscowość** .....

ulica ..... **nr domu** ..... **nr lokalu** .....

telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

INFORMACJA DOTYCZĄCA WNIOSKODAWCY BĘDĄCEGO OSOBĄ POSZKODOWANĄ W 2018 R. LUB W 2019 R. W WYNIKU DZIAŁANIA ŻYWIOŁU LUB INNYCH ZDARZEŃ LlosowYCH

wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 r. lub 2019 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych □ nie □ tak, tj. ……

……..…….....

osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych *– należy przez to rozumieć:*

a) osobę zamieszkującą 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 2018 r. poz. 1354), 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 2018 r. poz. 1508, ze zm.), 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);

2. Informacje o udzieleniu wsparcia ze środków PFRON

wnioskodawcy lub jego podopiecznemu udzielono wsparcia środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został niniejszy wniosek o refundację/dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR: □ tak □ nie

nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	kwota przyznana
łączna kwota otrzymanego wsparcia finansowego:	

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. 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku – potrzeby zakupu przedmiotu/usługi (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu, wykonywanej pracy lub poziomu wykształcenia) - wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu	....
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) 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
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny?	☐ - tak ☐ - nie
6) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): ....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym:

Wybrany skuter jest: **trzykołowy** ☐ **czterokołowy** ☐
jednoosobowy ☐ **dwuosobowy** ☐

Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:

Dodatkowe wyposażenie:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
Dodatkowe wyposażenie		
RAZEM		

6. Informacje uzupełniające

☐ **POSIADAM NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL …… ROK NABYCIA: .....**

7. Informacja dotycząca wymagalnych zobowiązań wnioskodawcy wobec realizatora programu i PFRON

wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: ☐nie ☐tak

wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR w Środzie Wielkopolskiej lub innego

Realizatora programu „Aktywny samorząd": ☐nie ☐tak - proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania oraz nazwę oddziału PFRON lub Realizatora programu „Aktywny samorząd" wobec, którego wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie:

……

……

*przez „**wymagalne zobowiązanie"** należy rozumieć:*

a) *w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,*
b) *w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:*
   - *wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,*
   - *wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,*
   - *wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności*

8. Informacje o pełnomocniku wnioskodawcy

imię ..... **nazwisko** .....

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

dokument potwierdzający tożsamość

seria …….. numer ……..……..…., wydany w dniu …..…..…..…… r., ważny do ……..…… r.

wydany przez ……..……,

numer telefonu: ……..…….…… **e-mail:** ……..…….

9. Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
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/am się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/ęłam do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.srodawlkp.epcpr.pl,
4. 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,
5. 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,
6. w okresie ostatnich trzech lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy) uzyskałem(am) pomoc ze środków PFRON na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego ☐ tak ☐ nie,
7. byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie ☐ tak ☐ nie,
8. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 35% ceny brutto) – nie pochodzące z PFRON**,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu/ usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez wnioskodawcę faktury VAT lub na rachunek bankowy wnioskodawcy, do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania,
10. zobowiązuję się do powiadomienia Realizatora programu o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku w ciągu 14 dni od dnia ich wystąpienia.

10. Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej, ul. Szkolna 2 63-000 Środa Wielkopolska

oraz

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13 00-828 Warszawa

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@lesny.com.pl

1. Dane osobowe będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
2. Dane osobowe zostaną przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które będą przetwarzane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
5. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
   - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.
   - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

..... *dnia* ……..... .....

miejscowość *czytelny podpis wnioskodawcy / pełnomocnika*

11. Załączniki do wniosku: wymagane oraz dodatkowe - wiersze 15 - 17

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	data uzupełnienia /uwagi
1.	kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2.	oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu - **załącznik nr 1 do wniosku**	☐	☐	
3.	zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności), zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - **załącznik nr 2 do wniosku**	☐	☐	
4.	wystawione przez pracodawcę zaświadczenie o zatrudnieniu - **załącznik nr 3 do wniosku** *(dot. wnioskodawców, którzy są zatrudnieni)*	☐	☐	
5.	zaświadczenie o pobieraniu nauki - **załączniku nr 4 do wniosku** *(dot. wnioskodawców, którzy się uczą)*	☐	☐	
6.	zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej *(dot. wnioskodawców, którzy prowadzą działalność gospodarczą)*	☐	☐	
7.	dokument potwierdzający prowadzenie działalności rolniczej *(dot. wnioskodawców, którzy prowadzą działalność rolniczą)*	☐	☐	
8.	kserokopia aktualnej Karty Dużej Rodziny lub innego dokumentu, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych ujętymi w ramach programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem *(dot. wnioskodawców, którzy posiadają KDR)*	☐	☐	
9.	zaświadczenie o rejestracji w powiatowym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna (*dot. wnioskodawców, którzy posiadają w PUP status osoby bezrobotnej)*	☐	☐	
10.	zaświadczenie o rejestracji w powiatowym urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy (dot. wnioskodawców, którzy posiadają w PUP status osoby poszukującej pracy)	☐	☐	
11.	kserokopia dokumentu potwierdzającego, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, tj: a) osobą zamieszkującą 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 2018 r. poz. 1354), 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 2018 r. poz. 1508, ze zm.), a także, b) osobą, 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) *(dotyczy wnioskodawców, którzy z tego tytułu ubiegają się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)*	☐	☐	
12.	kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - oryginał do wglądu (dotyczy wnioskodawców, w imieniu których wniosek składa pełnomocnik)	☐	☐	
13.	oświadczenie pełnomocnika - **załącznik nr 5 do wniosku** (dotyczy wnioskodawców, w imieniu których wniosek składa pełnomocnik)	☐	☐	
14.	oferta cenowa lub kosztorys dot. przedmiotu dofinansowania	☐	☐	
15.		☐	☐	
16.		☐	☐	
17.		☐	☐	