

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		znacznym 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				
NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:		obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej	
obu kończyn dolnych		jednej kończyny dolnej	innym	
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
NARZĄD WZROKU 04-O		Lewe oko:	Prawe oko:	
osoba niewidoma		Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	
osoba głuchoniewidoma		Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni	
INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - OSOBA GŁUCHA	07- S choroby układu oddechowego i krążenia	09- M choroby układu moczowo - płciowego	11- I inne
02- P choroby psychiczne	06- E epilepsja	08- T choroby układu pokarmowego	10- N choroby neurologiczne	12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy				
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:		Nazwa pracodawcy:		
na czas nieokreślony inny, jaki:		
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		Adres miejsca pracy:		
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			
umowa cywilnoprawna		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
staż zawodowy			
działalność gospodarcza	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:			
Nr NIP:	inna, jaka i na jakiej podstawie:.....			
działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:			

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

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 (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	STUDIA PODYPLOMOWE	STUDIA DOKTORANCKIE

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

nie dotyczy

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy
 Miejscowość ulica Nr domu
 Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak

nie

Czy Wnioskodawca 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

