

**Załącznik Nr 2 do
Zasad Przyznawania Dofinansowań
w ramach programu „Aktywny Samorząd” w 2012 r.
w Powiecie Krapkowickim**

Nr sprawy:

**Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych**



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

Obszar A	Obszar B1	Obszar B2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
Obszar B3	Obszar B4	Obszar C
pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
Obszar D	Obszar E	Obszar F
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....**Nazwisko**..... **Data urodzenia**r.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... **Płeć:** kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl

STRONA 2

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
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
częściowa niezdolność do pracy	lekki stopień	III grupa
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia:		
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 osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	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			
staż zawodowy		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:.....		
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:			

STRONA 3

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
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

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, umieszczonego w tabeli nr 7 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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) - nie dot. obszaru: B4, E, F	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
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.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <p>.....</p>
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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
6) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

**Załącznik Nr 2 do
Zasad Przyznawania Dofinansowań
w ramach programu „Aktywny Samorząd” w 2012 r.
w Powiecie Krapkowickim**