



Wniosek złożono w

w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O”

- wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

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.

Obszar A – zadanie 1	Obszar B – zadanie 1	Obszar B – zadanie 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
Obszar C – zadanie 1	Obszar C – zadanie 2	Obszar C – zadanie 3
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości
Obszar C – zadanie 4		
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (co najmniej III poziom jakości)		

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
rodzic dziecka	opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez.....	
PESEL	Płeć kobieta mężczyzna
Wnioskodawca jest osobą:	Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty
samotnie wychowując dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	
wychowując i utrzymując dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem	

<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr lok. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="font-size: small; margin-left: 20px;">miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś</p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p style="text-align: center;">(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr lok.</p> <p>Województwo</p>
<p>Kontakt telefoniczny: nr kier.....nr tel./nr tel. komórkowego.....</p> <p>e-mail (o ile dotyczy):</p>	<p>Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):</p>
<p>Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu</p>	<p>- firma handlowa - media - PFRON - inne, jakie:</p>

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”		
<p style="text-align: center;">DANE PERSONALNE</p> <p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pełnoletni: tak nie</p> <p>Płeć: kobieta mężczyzna</p>	<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</p> <p style="text-align: center;">(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr lok.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="font-size: small; margin-left: 20px;">miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś</p>	
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO		
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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO		

NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej		
obu kończyn dolnych	jednej kończyny dolnej	innym		
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:				
NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni		
osoba niewidoma				
osoba głuchoniewidoma				
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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
ŻŁOBEK	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA PODSTAWOWA
GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka		nie dotyczy
NAZWA I ADRES PLACÓWKI		
Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:		
ośrodek szkolno-wychowawczy: tak nie		internat: tak nie
Nauka prowadzi do: <input type="checkbox"/> zdania matury <input type="checkbox"/> uzyskania średniego wykształcenia <input type="checkbox"/> uzyskania zawodu		
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?		tak nie
Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:.....		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):		
.....		
.....		

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy	
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: na czas nieokreślony inny, jaki:	Nazwa pracodawcy:
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy	Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
działalność gospodarcza Nr NIP:	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
.....		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

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:								

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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu .	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - 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)?	<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 zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)?	<p style="text-align: center;">Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie