 

Nr sprawy

*Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

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 – Zadanie nr 1 | Obszar B – Zadanie nr 1 |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | -pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| Obszar B – Zadanie nr 2 | Obszar C – Zadanie nr 2 |
| dofinasowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |

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 ....................r.   Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu..........................r. ważny    przez...................................................................................PESEL    Płeć: kobieta   mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty | | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania (art. 25 KC)  Kod pocztowy - .................................................  (poczta)  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 - ..............................  (poczta)  Miejscowość ............................................................  ulica ..........................................................................  Nr domu ............................ Nr lok. ..........................  Województwo ........................................................... |
| Kontakt telefoniczny: nr kier. ..........nr telefonu ............................./nr tel. komórkowego:.....................................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ......................................................................................................................................................... | | |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) | | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie: | |

**STRONA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” | | | | | | | | | | | |
| DANE PERSONALNE  Imię ....................................................................  Nazwisko ............................................................  Data urodzenia:.................................................r.  PESEL  Pełnoletni: tak   nie  Płeć: kobieta   mężczyzna | | | | | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** **(ADRES)** (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)  Kod pocztowy - ............................................  (poczta)  Miejscowość .................................................................  Ulica ............................................................................  Nr domu ........................... Nr lok. ................................  Powiat ..........................................................................  Województwo ...............................................................  miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś | | | | | | |
| **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**  **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  - **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 | |

#### 

#### 

**STRONA 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:** .................................................................................... | | | | |
| **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:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**STRONA 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON  w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? | | | | | | tak nie | |
| 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. 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), ), w szczególności wskazanie, iż wnioskowany przedmiot dofinansowania zlikwiduje bądź zmniejszy bariery ograniczające uczestnictwo Wnioskodawcy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. | ...................................................................................................  ...................................................................................................  ...................................................................................................  ...................................................................................................  ...................................................................................................  ...................................................................................................  ...................................................................................................  ................................................................................................... | | |
| 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. | - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie  - tak 3 przyczyny niepełnosprawności | | |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (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 prawne dot. niepełnosprawności)? | - tak (1 osoba)    - tak (więcej niż jedna osoba) - nie | | |
| 5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?     (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się  o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu) | Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki  o napędzie elektryczny typu *skuter*, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.  - tak - nie | | |
| 6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?  np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.  Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | - tak - nie  ...................................................................................................  ..................................................................................................  ................................................................................................... | | |
| 7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? | | - tak - nie |