

Nr sprawy:



 *Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK „P”- część A (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 )

|  |
| --- |
|  Moduł I  |
|  Obszar A - Zadanie nr 1-pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu  |  Obszar B - Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
|  Obszar A - Zadanie nr 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B |  Obszar B - Zadanie nr 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
|  Obszar C - Zadanie nr 2 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  |  Obszar C - Zadanie nr 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne. |
|  Obszar C - Zadanie nr 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości  |  Obszar D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej tj. dziecka będącego pod opieką wnioskodawcy, przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo inną tego typu opieką. |

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia .........................r. Dowód osobisty seria ............numer ........................wydany w dniu..........................r. ważny do .........................r. przez...........................................................................................................................Płeć: kobieta   mężczyzna PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stałymiejscowość, 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 lokalu ....................................Powiat ........................................................................Województwo .............................................................. |
| Adres korespondencyjny: **(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)** ............................................................................................................................................................................................................................ | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. .....nr tele...............................nr tel. komórkowego:............................................................e’mail (*o ile dotyczy*): ........................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **PCPR**  - PFRON - inne, jakie: |

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

**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 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**  **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 |
|  | AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA  |
|  **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** |
|  **zatrudniona/y: od dnia:**...................... **do dnia:** ....................................... **na czas nieokreślony inny, jaki:** ............................................................... | **Nazwa pracodawcy**: ............................................................................................................................. **Adres miejsca pracy**:  |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracęstosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracęumowa cywilnoprawnastaż zawodowy | ................................................................................................................................................................**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**: ............................................................................................................................................. |

 **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 |
| 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 (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**: |  |  |

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

 **STRONA 4**

**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 (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego), 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 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 prawne dot. niepełnosprawności)? |  - tak (1 osoba)    - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 5) 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):....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 6) 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 |
| 7) 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 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. |  - tak - nie............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |