

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 do ..........................r.    przez...............................................................................................PESEL   Płeć: kobieta   mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  |
| 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 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:** taknieJeżeli 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 |