

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

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 )

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

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

<b>DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY</b>	
rodzic dziecka      opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia ..... r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu ..... r. ważny do ..... przez ..... PESEL .....	
Płeć:    kobieta    mężczyzna    Stan cywilny:    wolna/y    zamężna/zonaty	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy - ..... (poczta)	Kod pocztowy - ..... (poczta)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
ulica .....	ulica .....
Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....	Nr domu ..... Nr lok. ....
Województwo .....	Województwo .....
miasto do 5 tys. mieszkańców      inne miasto      wieś	
Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....	
e'mail (o ile dotyczy): .....	
<b>Adres korespondencyjny:</b> (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)	
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	- firma handlowa    - media    - PFRON    - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcrchodziez.pl](http://www.pcrchodziez.pl)

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**

DANE PERSONALNE		MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)	
Imię .....		Kod pocztowy - ..... (pocztą)	
Nazwisko .....		Miejscowość .....	
Data urodzenia:..... r.		Ulica .....	
PESEL		Nr domu ..... Nr lok. ....	
Pełnoletni:      tak                      nie		Powiat .....	
Płeć:              kobieta                      mężczyzna		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**

<b>NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</b>	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:		

<b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>
<b>osoba niewidoma</b>	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<b>osoba głuchoniewidoma</b>	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):**

01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <b>- OSOBA GŁUCHA</b>	07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	11- <b>I</b> inne
02- <b>P</b> choroby psychiczne	06- <b>E</b> epilepsja	08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	10- <b>N</b> choroby neurologiczne	12- <b>C</b> 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: .....		
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: .....		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.....,
Nr NIP: .....		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	nie
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak	nie
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....		
.....		
<b>Uwaga!</b> 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 MOPS?						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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

### 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)	..... ..... ..... ..... .....
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 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 Wnioskodawca zamierza kupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	<b>Jeśli Wnioskodawca zamierza kupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</b>  - 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

*Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*