

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

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - 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		Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym
<b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>	<b>Obszar A – Zadanie nr 2</b>	
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	
<b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>	<b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>	
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
<b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>	<b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>	
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>	<b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>	
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej</b>		

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

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

## 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

<b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:	<b>obu</b> kończyn górnych	<b>jednej</b> kończyny górnej
<b>obu</b> kończyn dolnych	<b>jednej</b> 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:		

<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):

<b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<b>09-M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<b>11-I</b> inne
<b>02-P</b> choroby psychiczne	<b>06-E</b> epilepsja	<b>08-T</b> choroby układu pokarmowego	<b>10-N</b> choroby neurologiczne	<b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<b>niezatrudniona/y:</b> od dnia:.....	<b>bezrobotna/y</b>	<b>poszukująca/y pracy</b>	<b>nie dotyczy</b>
<b>zatrudniona/y:</b> od dnia:..... do dnia: .....	<b>Nazwa pracodawcy:</b> .....		
<b>na czas nieokreślony</b>	<b>Adres miejsca pracy:</b> .....		
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	.....		
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	<b>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:</b>		
umowa cywilnoprawna	.....		
staż zawodowy	.....		

<b>działalność gospodarcza</b>	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
<b>Nr NIP:</b> .....	inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<b>działalność rolnicza</b>	<b>Miejsce prowadzenia działalności:</b> .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I		
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 (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>							

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

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I**

**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)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
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.	<p>- tak 2 przyczyny niepełnosprawności      - nie</p> <p>- tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
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)?	<p>- tak      - nie</p>
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<p>- tak (1 osoba)      - tak (więcej niż jedna osoba)      - nie</p>
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)?	<p>- nie      - nie dotyczy      - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	<p><b>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</b></p> <p>- tak      - nie</p>
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.	<p>- tak      - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>