

Nr sprawy:

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

*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 | |
| Obszar A – Zadanie nr 1 | Obszar A – Zadanie nr 2 |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B |
| Obszar B – Zadanie nr 1 | Obszar B – Zadanie nr 2 |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu  sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
| zadanie obecnie nierealizowane  Obszar C – Zadanie nr 1 | Obszar C – Zadanie nr 2 |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego  o napędzie elektrycznym |
| Obszar C – Zadanie nr 3 | Obszar C – Zadanie nr 4 |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne  tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej 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 | |

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia ..............................r.  Dowód osobisty seria ........................ numer ............................... wydany w dniu.........................................................r.  przez................................................................................................................................ Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne | | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały  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 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: | |

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

**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 pracę  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**  **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 (licząc od dnia złożenia 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:** 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**

**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) . | .......................................................................................................................  .......................................................................................................................  .......................................................................................................................  .......................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………… |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 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 dotyczy - nie - tak (proszę opisać):  .........................................................................................................  .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| 1. 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 (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | - tak - nie  ................................................................................................................  ................................................................................................................ |