

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia: r.

PESEL

Pełnoletni: tak nie

Płeć: kobieta mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

(jeśli inny niż Wnioskodawcy)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

Województwo

miasto wieś

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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 niedowidząca osoba głuchoniewidoma

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

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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM / UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK/ PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA	<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM	<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA
<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA	<input type="checkbox"/> INNA, jaka	<input type="checkbox"/> 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

* W sytuacji, gdy osoba jest zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukująca pracy, do wniosku należy dołączyć stosowne zaświadczenie

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące	Adres miejsca pracy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony (okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące)	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 m-cy	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy <input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka: na okres:	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej dokonanej w urzędzie:
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:
	Miejsce prowadzenia działalności:

RODZAJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO ORAZ OSIĄGANY DOCHÓD

Rodzaj gospodarstwa domowego Wnioskodawcy/ Podopiecznego: samodzielne (osoba samotna) wspólne

Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: zł, liczba członków rodziny:

Czy Podopieczny posiada środki przeznaczone na udział własny? - tak - nie -nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca ubiega się lub będzie się ubiegał w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)? **tak** **nie**

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:

Uwaga! Przez „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć:

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

