……..
(numer sprawy)
……..
(numer kolejny wniosku w obszarze)

……..……..……
(data wpływu wniosku)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „O”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

(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 1**
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
☐ **Obszar C – Zadanie nr 2**	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	

CZĘŚĆ A - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA NA RZECZ PODOPIECZNEGO

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię (imiona) .....**Nazwisko**.....

Data urodzenia .....r. **Dowód osobisty** seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r. przez.....

ważny do ……. **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Stan cywilny**: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ .....
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat .....

Województwo .....

☐ 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: .....

Adres do korespondencji: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

……

……

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 oraz www.pcpr-wyszkow.pl

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*):**

☐ 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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM / UCZNIEM PLACÓWKI

☐ ŻŁOBEK/ PRZEDSZKOLE	☐ SZKOŁA PODSTAWOWA	☐ GIMNAZJUM	☐ 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**

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

☐ **zatrudniona/y**: od dnia:..... do dnia: .....

☐ **na czas nieokreślony** ☐ inny, jaki: .....

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące

☐ 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)

☐ umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 m-cy

☐ staż zawodowy ☐ inna forma zatrudnienia, jaka:…… na okres: ……

Nazwa pracodawcy: ……..…

……

Adres miejsca pracy: …….....

…….....

……

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ……

☐ działalność gospodarcza Nr NIP:	☐ na podstawie wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie: ……..... ☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
☐ działalność rolnicza	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.

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie? **Osoby korzystające z dofinansowania do zakupu środków pomocniczych podają jedynie informacje o tym, że skorzystali lub korzystają cyklicznie z dofinansowania, bez wypełniania kolumn 4-7**	**tak** ☐ **nie** ☐

-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-
Cel (program lub zadanie, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	**Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, która otrzymała środki PFRON)	**Numer i data zawarcia umowy lub wystawienia zawiadomienia**	**Termin rozliczenia**	**Kwota przyznana** (w zł)	**Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy** (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
				Razem uzyskane dofinansowanie:		

3. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku – dotyczy 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. 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 związek otrzymania dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, a także wykazać zasadność ponownego ubiegania się o dofinansowanie zakupu sprzętu w przypadku osób, które w przeszłości uzyskały dofinansowanie na ten sam cel, w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	....
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 ☐ - nie
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 dotyczące niepełnosprawności)?	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	☐ - tak ☐ - nie ....
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca został w 2017 lub w 2018 r. poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐ - nie ☐ - tak (podać zakres szkody) ....