

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

.....
(data wpływu wniosku)

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „O”

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

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania	

CZĘŚĆ A - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA NA RZECZ PODOPIECZNEGO

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię (imiona)	Nazwisko
Data urodzeniar.	Dowód osobisty seria numer
wydany w dniu.....r. przez.....	
ważny do	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr-wyszkow.pl

MIEJSCE ZAMIESZKANIAKod 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

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

.....
.....
.....

Kontakt telefoniczny: *

nr kier.nr telefonu

nr tel. komórkowego:

e'mail: *

***Dane nieobowiązkowe**Źródło informacji o możliwości uzyskania
dofinansowania w ramach programu - firma handlowa - media Realizator programu - PFRON - inne, jakie:**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”****DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: tak niePłeć: 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 życiaOrzeczenie 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

ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 03-L

- Podopieczny jest osobą z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego
 Podopieczny jest osobą z dysfunkcją narządu słuchu i ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy
 Podopieczny jest osobą głuchą

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

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11- I inne	<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: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <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 (okresy obowiązywania następujących po sobie, sumują się) <input type="checkbox"/> staż zawodowy	Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

<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"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

Okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. form zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia.

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

2. Informacja 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 PFRON lub 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.

