

.....
(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"/>	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 OSIĄGANÝ 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.

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?				<p style="text-align: center;">tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p>		
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						
-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. 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 powtórzonego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>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)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Podopieczny 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>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Podopiecznego są inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca/Podopieczny jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>7) Czy Wnioskodawca/Podopieczny został w 2018 lub w 2019 r. poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (podać zakres szkody)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>