

Wniosek złożono w .....

w dniu .....

Nr sprawy: .....



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 )

<input type="checkbox"/> <b>Moduł I</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> <b>Obszar D –</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez..... ważny do .....r. <b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Stan cywilny:</b> <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
<b>Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:</b> <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(pocztą)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(pocztą)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. ....nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail: .....

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> 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:  ręcznego  o napędzie elektrycznym

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:  ręcznego  o napędzie elektrycznym

**NARZĄD WZROKU 04-O**

<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

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

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

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y: \* od dnia .....  poszukująca/y pracy: \* od dnia .....

nie dotyczy \* - zarejestrowana/y w urzędzie pracy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....





**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko 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.

Pytanie / zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) <b>Uzasadnienie wniosku:</b>  - należy wskazać na <b>związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu</b>,  - należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego (<i>o ile dotyczy</i>),  - w przypadku ubiegania się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel należy wykazać <b>istotne przesłanki</b> wskazujące na potrzebę powtórnego / kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>3) 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) 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)?  <b>Wnioskodawca może wykazywać aktywność z okresu 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić protezę kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?</p>	<p><b>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić protezę kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, merytoryczna ocena wniosku zostanie podwyższona o 90 pkt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?  np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.  <b>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>