

<u>Pieczętka wpływu PCPR:</u>



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 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"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie 2 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie 3 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie 4 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 2 - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 4 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 5 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 1 - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 2 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 5 - pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/> Obszar D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

☐ **Moduł II**
 pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.	
PESEL <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> (a w przypadku braku nr PESEL) - cechy dokumentu	
potwierdzającego tożsamość nr	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<div>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</div> <div>Kod pocztowy <div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div></div> (pocztą)</div> <div>Miejscowość</div> <div>Ulica</div> <div>Nr domu nr lok. Powiat</div> <div>Województwo</div>	<div>ADRES ZAMELDOWANIA</div> <div>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</div> <div>Kod pocztowy <div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div></div> (pocztą)</div> <div>Miejscowość</div> <div>Ulica</div> <div>Nr domu nr lokalu</div> <div>Powiat</div> <div>Województwo</div>
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<div>Kontakt tel.: nr kier.nr telefonu.....</div> <div>nr tel. komórkowego:.....</div> <div>e' mail (o ile dotyczy):</div>

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: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni

☐ **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 - pęciowego	<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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ niezatrudniona/y: od dnia:..... ☐ bezrobotna/y* ☐ poszukująca/y pracy* ☐ nie dotyczy

*W przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowane zaświadczenie

<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, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące	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 Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – <i>dotyczy tylko Modułu I</i>		
<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (<u>nie dotyczy</u> pomocy do uzyskania wykształcenia ze środków PFRON w ramach programów PFRON: STUDENT, STUDENT II oraz AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II, <u>tylko innych zadań finansowanych ze środków PFRON</u>)	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, która uzyskała środki PFRON)	Wysokość otrzymanego wsparcia (w zł)
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:		
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

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, umieszczonego w tabeli nr 7 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 powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego, należy wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia).	<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><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</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 np. w PCPR)?	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
5) Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeśli „tak”, należy dołączyć właściwą dokumentację).	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia).	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p>