Pieczątka wpływu PCPR

*Wypełnia Realizator programu*

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

*program finansowany ze środków PFRON*

# WNIOSEK „O" - *wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego*

**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 ☐)*

| | |
|---|---|
| ☐ **Obszar A – Zadanie 1** - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | ☐ **Obszar B – Zadanie 1** - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| ☐ **Obszar B – Zadanie 2** - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | ☐ **Obszar B – Zadanie 4** - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| ☐ **Obszar B – Zadanie 5** - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu | ☐ **Obszar C – Zadanie 1** - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| ☐ **Obszar C – Zadanie 2** - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | ☐ **Obszar C – Zadanie 5 –** pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego |

## 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym* *(właściwe podkreślić) - należy wypełnić wszystkie pola*

### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

**Imię**.....**Nazwisko**..... Data urodzenia .....r.

**PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ( a w przypadku braku nr PESEL) - cechy dokumentu

potwierdzającego tożsamość ……..…… nr ……

**Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały | **ADRES ZAMELDOWANIA** |
|---|---|
| Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ ..... (poczta) | (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**) |
| Miejscowość ..... | Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐..... (poczta) |
| ulica ..... | Miejscowość ..... |
| Nr domu ..... Nr lok. ..... Powiat ..... | ulica ..... |
| Województwo ..... | Nr domu ..... Nr lok. ..... |
| | Województwo ..... |

Kontakt telefoniczny: nr kier. .....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

**e-mail (*o ile dotyczy*): .....**

**Adres korespondencyjny:** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

## DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

### DANE PERSONALNE

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

**PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐.....
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .....

Powiat .....

Województwo .....

### STAN PRAWNY DOT. 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**<br>☐ **osoba niewidoma**<br>☐ **osoba niedowidząca**<br>☐ **osoba głuchoniewidoma** | **Lewe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | **Prawe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe | ☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ - **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 | ☐ TRZYLETNIA 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 przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowane 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

☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

.....

.....

Adres miejsca pracy: .....

.....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

☐ **działalność gospodarcza**

NIP: .....

☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

☐ działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

**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!** za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

| | |
|---|---|
| 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? | **tak** ☐ **nie** ☐ |

| **Zadanie, w ramach którego udzielono wsparcia** | **Beneficjent (imię i nazwisko osoby, która uzyskała środki PFRON)** | **Wysokość otrzymanego wsparcia ( w zł )** |
|---|---|---|
| .....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
| | **Razem uzyskane dofinansowanie**: | |

## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**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 wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego, należy wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia). | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 2) Czy niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu. | ☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie<br>☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny 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 podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | ☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie |
| 5) Czy podopieczny w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeśli „tak”, należy dołączyć właściwą dokumentację). | ☐ - tak ☐ - nie |
| 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) | ☐ - tak ☐ - nie<br>.....<br>..... |
| 7) Czy wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? | ☐ - tak ☐ - nie |