

WNIOSEK „O”

- wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I –
likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**

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.

<input type="checkbox"/> Obszar A – zadanie 1 lub 4	<input type="checkbox"/> Obszar B – zadanie 1, 3 lub 4	<input type="checkbox"/> Obszar B – zadanie 2	<input type="checkbox"/> Obszar B – zadanie 5
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu
<input type="checkbox"/> Obszar C – zadanie 2	<input type="checkbox"/> Obszar C – zadanie 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar C – zadanie 5
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię Nazwisko Data urodzenia r.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez	
..... ważny do r. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
Przeciętny miesięczny dochód wynosi złotych (słownie:)	
*w przypadku braku nr PESEL należy podać cechy dowodu osobistego	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (adres)	ADRES ZAMELDOWANIA
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)	(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)
Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Województwo
Kontakt telefoniczny: nr tel. /nr tel. Komórkowego e-mail (o ile dotyczy):	Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> firma handlowa <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> PFRON <input type="checkbox"/> Realizator Programu <input type="checkbox"/> inne, jakie:

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)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

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

osoba niewidoma

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):

01-**U** upośledzenie umysłowe

03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia

09-**M** choroby układu moczowo - pęciowego

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

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> 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 Forma nauki:

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** **nie** internat: **tak** **nie**

Nauka prowadzi do: zdania matury uzyskania średniego wykształcenia uzyskania zawodu nie dotyczy

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO *(o ile dotyczy)*

niezatrudniona/y: od dnia: r. nie dotyczy

zarejestrowana(y) w PUP od dnia: r. jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy i nie pozostająca/y w zatrudnieniu

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: r. do dnia: r. <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna od dnia: r. do dnia: r. <input type="checkbox"/> staż zawodowy od dnia: r. do dnia: r.	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 ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> 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

