



## 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"/> <b>Obszar A – zadanie 1 lub 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – zadanie 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – zadanie 1, 3 lub 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – zadanie 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – zadanie 5</b>
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	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"/> <b>Obszar C – zadanie 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – zadanie 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – zadanie 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – zadanie 5</b>	
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

rodzic dziecka  opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez .....

..... ważny do ..... r. PESEL \*

Płeć:  kobieta  mężczyzna Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

Przeciętny miesięczny dochód wynosi ..... złotych (słownie: .....)

\*w przypadku braku nr PESEL należy podać cechy dowodu osobistego

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (adres)

Kod pocztowy  -  .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

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

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  .....  
(poczta)

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

firma handlowa  media  PFRON  Realizator Programu

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 zatrudniona/y: od dnia: ..... r. do dnia: ..... r. na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

 stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna od dnia: ..... r. do dnia: ..... r. staż zawodowy od dnia: ..... r. do dnia: ..... r.

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

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

Nr NIP: .....

 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

