

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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: r. bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym |
| Wnioskodawca <u>nie porusza się</u> przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | |
| Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | |
| Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | |

| | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O | Lewe oko: | Prawe oko: |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma | Ostrość wzoru (w korekcji):..... | Ostrość wzoru (w korekcji):..... |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | Zwężenie pola widzenia: stopni | 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"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęcherzowego | <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: r. osiągnęłam/em wiek emerytalny

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: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:..... |
| <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 o dnia:r.do dnia:r. <input type="checkbox"/> staż zawodowy od dnia: r. do dnia: r. | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców 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 w rozumieniu ustawy z dnia 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników | 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <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/UCZELNI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły/Uczelni klasa/rok

Kod pocztowy Miejscowość ulica Nr domu

Forma nauki: 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 <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> , w tym poprzez PCPR lub MOPR? | | | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) | |
| | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | |

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

