

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.

☐ Obszar A – zadanie 1	☐ Obszar B – zadanie 1
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
☐ Obszar B – zadanie 2	☐ Obszar C – zadanie 2
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

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/żonaty	
Wnioskodawca jest osobą ☐ samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu ☐ wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne	
Przeciętny miesięczny dochód wynosi złotych (słownie:)	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (adres)	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy - (pocztą)	Kod pocztowy - (pocztą)
Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś	Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Województwo
Kontakt telefoniczny: nr kier 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 – pobyt stały)

Kod pocztowy -
(pocztą)

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		
☐ 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:		
ośrodek szkolno-wychowawczy: tak ☐ nie ☐ internat: tak ☐ nie ☐		
Nauka prowadzi do: ☐ zdania matury ☐ uzyskania średniego wykształcenia ☐ uzyskania zawodu ☐ nie dotyczy		
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?		tak ☐ nie ☐
Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: ☐ - (od 1 do 6) ☐ - innej, jakiej:.....		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):		
.....		
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.	Nazwa pracodawcy:	
☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:		
.....		
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Adres miejsca pracy:	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		
☐ umowa cywilnoprawna		
☐ 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

