

## 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</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – zadanie 1</b>
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – zadanie 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – zadanie 2</b>
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	
<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 .....	
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"/>	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wnioskodawca jest osobą:	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
<input type="checkbox"/> samotnie wychowując dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	
<input type="checkbox"/> wychowując i utrzymując dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (pobyt stały)</b>  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(poczta)</small> 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	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. .... Województwo .....
Kontakt telefoniczny: nr kier ..... nr tel. .... /nr tel. Komórkowego ..... e-mail (o ile dotyczy): .....	<b>Adres korespondencyjny:</b> (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 – pobyt stały)

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 - 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**

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA 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 .....

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 dotyczyCzy 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:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy zatrudniona/y: Nazwa pracodawcy: .....

od dnia: ..... do dnia: .....

 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 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

