

Wniosek złożono w .....

w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

### o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Moduł I</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b>   |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu   | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>   |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania   | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>  |   |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                                |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>   |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne   | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar D –</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej |   |

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |
|--|--|
| <b>DANE PERSONALNE</b>   |  |
| Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  |  |
| Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  |  |
| przez..... ważny do .....r. <b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |  |
| 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"/>  | 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  |  |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b><br>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....<br>Województwo .....<br><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś | <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)<br>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)<br>Miejscowość .....<br>Ulica .....<br>Nr domu ..... nr lokalu .....<br>Powiat .....<br>Województwo ..... |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):   | <b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. ....nr telefonu.....<br>nr tel. komórkowego:.....<br>e-mail: .....   |

## STAN PRAWNY DOT. 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: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:

obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:  ręcznego  o napędzie elektrycznym

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:  ręcznego  o napędzie elektrycznym

**NARZĄD WZROKU 04-O**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma       | <b>Lewe oko:</b><br>Ostrość wzroku (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | <b>Prawe oko:</b><br>Ostrość wzroku (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma |   |  |

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęcherzowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne                 | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y: \* od dnia .....  poszukująca/y pracy: \* od dnia .....

nie dotyczy \* - zarejestrowana/y w urzędzie pracy

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....  | Nazwa pracodawcy: .....   |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....                            | Adres miejsca pracy: .....  |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |   |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna  |   |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy  |   |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... |
| Nr NIP: .....                                    | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....  |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza    | Miejsce prowadzenia działalności: .....  |





**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I**

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym** Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

| Pytanie / zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy   |
|--|---|
| <p>1) <b>Uzasadnienie wniosku:</b><br/> <b>- należy wskazać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w jaki sposób <b>przedmiot dofinansowania</b> będzie wykorzystywany,</li> <li>• jakie przyniesie wymierne korzyści i efekty w zakresie życia codziennego,</li> <li>• jak wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy w społeczeństwie,</li> <li>• jak wpłynie na poprawę pełnienia ról społecznych,</li> <li>• jak wpłynie na poprawę funkcjonowania na rynku pracy,</li> <li>• jak wpłynie na rozwój wnioskodawcy w zakresie edukacji i realizacji życiowych celów,</li> <li>• jak wpłynie na poprawę jakości życia.</li> </ul> <p><b>- należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego (o ile dotyczy).</b></p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| <p>2) W przypadku ubiegania się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel należy wykazać <b>istotne przesłanki</b> wskazujące na potrzebę powtórnego / kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.</p>  |   |
| <p>3) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>   | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>                           |
| <p>4) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu)?</p>   | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| <p>5) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)</p>   | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>  |
| <p>6) <b>Wnioskodawca może wykazywać aktywność z okresu 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku.</b> (należy potwierdzić kserokopiami dokumentów, załączonymi do wniosku)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- działania związane z aktywnym poszukiwaniem pracy (współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem, inne (jakie?)),</li> <li>- działania związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych, (podnoszenie poziomu wykształcenia, kursy zawodowe, nauka języków obcych, inne działania (jakie?)),</li> <li>- działalność na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych, (działalność w stowarzyszeniach, fundacjach, komisjach, radach, hospicjach, zespołach zajmujących się sprawami osób niepełnosprawnych itp.)</li> </ul>  | <p><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p> <p><i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i></p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |