

Wniosek złożono w PCPR w Gorlicach w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(zgodnie z art. 25 KC – miejscem zamieszkania wnioskodawcy jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu; miejscowość będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

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 -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- Realizator programu - media - PFRON - inne, jakie:.....

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WG POSIADANEGO ORZECZENIA

<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 porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak nie Jeżeli w powyższym pytaniu zaznaczono **TAK** należy wówczas udzielić odpowiedzi na poniższe pytania.- Wnioskodawca porusza się **samodzielnie** przy pomocy wózka inwalidzkiego: ręcznego elektrycznego nie dotyczy- Wnioskodawca porusza się **niesamodzielnie** przy pomocy wózka inwalidzkiego: ręcznego elektrycznego nie dotyczy **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):

<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 - pęciowego	<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 WNIOSKODAWCY

Oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku jestem osobą:

zatrudnioną od dnia zarejestrowaną w urzędzie pracy jako
 zarejestrowaną w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna od dnia
osoba poszukująca pracy i nie pozostająca nie dotyczy
w zatrudnieniu od dnia

 stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

na czas określony od dnia do dnia
 na czas nieokreślony inny, jaki:

 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

na czas określony od dnia do dnia
 na czas nieokreślony inny, jaki:

Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy/zleceniodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

umowa cywilnoprawna – zawarta na okres od dnia: do dnia:
(Uwaga: okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)

staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)

Prowadzę działalność:

- gospodarczą – na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i posiadam NIP:
- rolniczą (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników).

(Uwaga! Okresy aktywności zawodowej Wnioskodawcy mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności).

POSIADANE 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"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM | <input type="checkbox"/> BRANŻOWA SZKOŁA I STOPNIA |
| <input type="checkbox"/> BRANŻOWA SZKOŁA II STOPNIA | <input type="checkbox"/> SZKOŁA SPECJALNA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> STUDIA (I i II stopnia oraz jednolite magisterskie) |
| <input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE | <input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA AKTUALNIE UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem w którym składany jest wniosek?</u>				tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Zadanie (nazwa programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wysokość dofinansowania (w zł)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	
.....	
.....	
.....	
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, zgodnie z ust.31 pkt 33 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku”.

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

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, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) **Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu - określonych w rozdziale V założeń programu**

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
2) Czy u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności określona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności lub w zaświadczeniu lekarskim?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, określony ogólnie w danym zadaniu, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie potwierdzające istnienie niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca jest osobą nieaktywną zawodowo, która stara się lepiej przygotować do jej podjęcia (np., realizuje kursy / szkolenia zawodowe) lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, psychologiem)?	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać i dołączyć do wniosku w formie załącznika) <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
6) Czy u Wnioskodawcy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać i dołączyć do wniosku w formie załącznika) <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy Wnioskodawca w roku 2017 lub 2018 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać zdarzenie i dołączyć do wniosku w formie załącznika wraz z potwierdzeniem zaistnienia zdarzenia wydanym przez właściwą jednostkę) <input type="checkbox"/> - nie