

Wniosek złożono w PCPR w Gorlicach w dniu:

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – część A (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"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<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	

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie)

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka / podopiecznego

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

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

PESEL

Wnioskodawca jest osobą:

samotnie wychowującą niepełnoletnie dziecko / podopiecznego i mającą dziecko / podopiecznego na swoim utrzymaniu

wychowującą i utrzymującą dziecko / sprawującą opiekę nad podopiecznym wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

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 -
(poczta)

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 -
(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/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

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

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „Podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni/a: tak nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

 miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ PODOPIECZNEGO WG POSIADANEGO ORZECZENIA** 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 innymPodopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak nie Jeżeli w powyższym pytaniu zaznaczono **TAK** należy wówczas udzielić odpowiedzi na poniższe pytania.Podopieczny porusza się **samodzielnie** przy pomocy wózka inwalidzkiego:ręcznego elektrycznego nie dotyczy Podopieczny porusza się **niesamodzielnie** przy pomocy wózka inwalidzkiego:ręcznego elektrycznego nie dotyczy **NARZĄD WZROKU 04-O** osoba niewidoma osoba głuchoniema**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"/> SZKOŁA SPECJALNA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> BRANŻOWA 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:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

Oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku Podopieczny jest 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

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> na czas określony od dnia do dnia <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy:
	Adres miejsca pracy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> na czas określony od dnia do dnia <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Telefon kontaktowy do pracodawcy/zleceniodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

- umowa cywilnoprawna – zawarta na okres od dnia: do dnia: staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)
- (Uwaga: okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)

Podopieczny prowadzi działalność:

- gospodarczą – na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i posiada nr 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).

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, zgodnie z ust. 31 pkt 33 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku”.		

Czy Wnioskodawca lub Podopieczny korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem w którym składany jest wniosek?				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)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Wysokość dofinansowania (w zł)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:					

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 na liście stanowiącej załącznik nr 5 do 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową/nauką podopiecznego.

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 Podopiecznego 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 Podopieczny 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 oprócz Podopiecznego 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 Podopieczny jest osobą nieaktywną zawodowa starającą się lepiej przygotować do jej podjęcia (np. realizuje kursy/szkolenia zawodowe, współpracuje z doradcą zawodowym, psychologiem)?	<input type="checkbox"/> - tak (<u>proszę opisać i dołączyć do wniosku w formie załącznika</u>) <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
6) Czy występują szczególne utrudnienia u Wnioskodawcy lub / i Podopiecznego (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 (<u>proszę opisać i dołączyć do wniosku w formie załącznika</u>) <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy Podopieczny w roku 2017 lub 2018 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> - tak (<u>proszę opisać zdarzenie i dołączyć do wniosku w formie załącznika wraz z potwierdzeniem zaistnienia zdarzenia wydanym przez właściwą jednostkę</u>) <input type="checkbox"/> - nie