



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Pieczętka wpływu wniosku wypełnia Realizator programu



PCPR.511.1.1.....2019

WNIOSEK CZĘŚĆ A

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Wypełnia wnioskodawca na rzecz dziecka/podopiecznego.

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 właściwe pole ☐ przez zakreślenie krzyżykiem)

Moduł – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową	
☐ Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu – dysfunkcja narządu ruchu	☐ Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku
☐ Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	☐ Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – dysfunkcja narządu słuchu
☐ Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	☐ Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
☐ Obszar C – Zadanie nr 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	

1. Informacje o wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię	
Nazwisko..... data urodzenia r.	
PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty	
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. <u>Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania</u> Kod pocztowy (poczta) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo..... ☐ miasto ☐ wieś	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”) Kod pocztowy (poczta) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo.....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Dane do kontaktu: nr telefonu:..... e-mail:.....

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO WNIOSKODAWCY

Imię

Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lok.

Powiat ☐ miasto ☐ wieś

Pełnoletni: ☐ TAK ☐ NIE

Dowód osobisty seria Numer wydany przez
w dniu ważny do

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA/PODOPIECZNEGO WNIOSKODAWCY

☐ 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 DZIECKA/PODOPIECZNEGO WNIOSKODAWCY

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R** w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej ☐ innym
☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej

☐ **NARZĄD SŁUCHU I MOWY 03-L:** ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ osoba niedosłysząca ☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu wymagająca korzystania z usług tłumacza języka migowego

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O:** ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma

☐ **01-U** upośledzenie umysłowe ☐ **02-P** choroby psychiczne ☐ **06-E** epilepsja ☐ **07-S** choroby układu oddechowego i krążenia
☐ **08-T** choroby układu pokarmowego ☐ **09-M** choroby układu moczowo-płciowego ☐ **010-N** choroby neurologiczne ☐ **11-I** Inne
☐ **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe

Dziecko/podopieczny wnioskodawcy porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA DZIECKA/PODOPIECZNEGO WNIOSKODAWCY (o ile dotyczy)

☐ zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę:

☐ na czas nieokreślony od dnia: ☐ na czas określony od dnia: do dnia:

Nazwa pracodawcy:.....

Adres miejsca pracy, tel. kontaktowy:

☐ rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna

☐ rejestracja w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu

☐ inna forma zatrudnienia, jaka?:

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę powołanie na czas określony od dnia do dnia

☐ działalność rolnicza Miejsce prowadzenia działalności

☐ działalność gospodarcza Nr NIP

☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej

☐ staż zawodowy

☐ świadczenia rentowe	☐ nie dotyczy
--	--------------------------------------

[illegible]

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, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby łącznie z jej oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych). 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy dotyczące dziecka/podopiecznego
1. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu* (w tym należy wykazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie aktywność zawodową lub jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia). W przypadku, gdy na uzasadnienie wniosku jest zbyt mało miejsca, należy w rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr ...”.	
2. Czy niepełnosprawność dziecka/podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (u dziecka/podopiecznego Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. stopnia niepełnosprawności.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3. Czy w przypadku przyznania dofinansowania dziecko/podopieczny Wnioskodawcy 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 np. w PCPR)?	☐ - tak ☐ - nie
4. Czy w gospodarstwie domowym dziecka/podopiecznego Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności? Jeżeli tak, fakt ten należy potwierdzić stosownym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności tej osoby oraz jej zgodą na przetwarzanie danych osobowych.	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego, którego dotyczy wniosek tj. w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych oznacza to pannę, kawalera, wdowę, wdowca, osobę pozostającą w separacji orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu, osobę rozwiedzioną, chyba że wychowuje wspólnie co najmniej jedno dziecko z jego rodzicem.	☐ - tak ☐ - nie
6. Czy wnioskodawca zamierza zakupić dla niepełnosprawnego dziecka/podopiecznego wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 5 programu).	Jeśli wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 10 pkt. ☐ - tak ☐ - nie
7. Czy dziecko/podopieczny wnioskodawcy jest osobą, która w 2018 lub w 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli tak fakt ten należy potwierdzić stosownym zaświadczeniem wystawionym przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	☐ - tak ☐ - nie

* **Cel główny programu:** wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

Cele szczegółowe:

1. Likwidacja bariery transportowej (Obszar A)
2. Likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym (Obszar B)
3. Likwidacja barier w poruszaniu się (Obszar C)
4. Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (Obszar D)