



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 w swoim imieniu.

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 I Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – dysfunkcja kończyn górnych lub narządu wzroku	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją narządu wzroku	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 4</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 5</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	

#### 1. Informacje o wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię .....	
Nazwisko ..... data urodzenia ..... r.	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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 – 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></b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”)
Kod pocztowy ..... (poczta)	Kod pocztowy ..... (poczta)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. ....	Ulica .....
Powiat .....	Nr domu ..... nr lok. ....
Województwo .....	Powiat .....
<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Dane do kontaktu: nr telefonu:..... e-mail:.....

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY		
<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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> innym <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD SŁUCHU I MOWY 03-L:</b> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca <input type="checkbox"/> osoba z dysfunkcją narządu słuchu wymagająca korzystania z usług tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> osoba z trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O:</b> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		
<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja <input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> <b>08-T</b> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> <b>09-M</b> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> <b>010-N</b> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> <b>11-I</b> Inne <input type="checkbox"/> <b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony od dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas określony od dnia: ..... do dnia: ..... Nazwa pracodawcy: ..... Adres miejsca pracy, tel. kontaktowy: .....		
<input type="checkbox"/> rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> rejestracja w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu		
<input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka?: <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę powołanie na czas określony od dnia ..... do dnia ..... <input type="checkbox"/> działalność rolnicza Miejsce prowadzenia działalności ..... <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP ..... <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej <input type="checkbox"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> świadczenia rentowe	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY							
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe	
<input type="checkbox"/> inne, jakie? .....							
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – należy udokumentować stosownym zaświadczeniem							
<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"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE				<input type="checkbox"/> inna, jaka? .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA							
Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy ..... Miejscowość ..... Adres ..... Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....							

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

[illegible]

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: w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone oraz w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a.

**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 potrzebie powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>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).  <b>W przypadku, gdy na uzasadnienie wniosku jest zbyt mało miejsca, należy w rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr ...”.</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. 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. stopnia 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>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, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności? Jeżeli tak, fakt ten należy potwierdzić stosownym orzeczeniem tej osoby.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)    <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko tj. w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych. Przez osobę samotnie wychowującą dziecko rozumie się 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>6. Czy Wnioskodawca 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).</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>

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)