



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 C – likwidacja barier w poruszaniu się

☐ **Obszar C – Zadanie nr 1**

pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

☐ **Obszar C – Zadanie nr 2**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

☐ **Obszar C – Zadanie nr 3**

pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości

☐ **Obszar C – Zadanie nr 4**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości

☐ **Obszar C – Zadanie nr 5**

pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

1. Informacje o wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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. Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania

Kod pocztowy
(pocztą)

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
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

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"/> NARZĄD RUCHU 05-R w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym <input type="checkbox"/> wnioskodawca: <input type="checkbox"/> nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się <input type="checkbox"/> jest w stanie samodzielnie poruszać i przemieszczać się		
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU I MOWY 03-L : <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"/> NARZĄD WZROKU 04-O : <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 010-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I Inne <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie 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
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 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.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
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.	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
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.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
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).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

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)