



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	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu – dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku
<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 B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	<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 skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
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	
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 (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo..... <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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:.....

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

<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 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

<input type="checkbox"/> świadczenia rentowe	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
--	--------------------------------------

[illegible]3

