



Program finansowany ze środków PFRON

PCPR.511.1.1.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) CZĘŚĆ A Wniosku

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 właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

☐ Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową	
☐ Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	☐ Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
☐ Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	☐ Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
☐ Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	☐ 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) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY ☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego Imię.....Nazwisko..... data urodzenia r. Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez.....ważny do.....r. PESEL Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/zonaty		ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy (pocztą) Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat ☐ miasto ☐ wieś
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. Kod pocztowy (pocztą) Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat ☐ miasto ☐ wieś	Kontakt telefoniczny: nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (o ile dotyczy):	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):		

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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia: r.

PESEL Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyznaPełnoletni: ☐ tak ☐ nie

Dowód osobisty seria Numer

wydany przez

.....

w dniu ważny do

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy

(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

☐ miasto☐ wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**☐ 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 życiaOrzeczenie 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☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**☐ osoba niewidoma☐ osoba głuchoniewidoma *☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):☐ 01-**U** upośledzenie
umysłowe☐ 03-**L** zaburzenia głosu,
mowy i choroby słuchu
☐ - **OSOBA GŁUCHA**☐ 07-**S** choroby
układu
oddechowego i
krążenia☐ 09-**M** choroby
układu
moczowo - pęciowego☐ 11-**I** inne☐ 02-**P**
choroby psychiczne☐ 06-**E** epilepsja☐ 08-**T** choroby
układu
pokarmowego☐ 10-**N**
choroby neurologiczne☐ 12-**C**
całościowe
zaburzenia
rozwojowe

* udokumentować zaświadczeniem lekarskim

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
☐ PRZEDSZKOLE	☐ SZKOŁA PODSTAWOWA	
☐ GIMNAZJUM	☐ TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ STUDIA
☐ INNA, jaka		☐ 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)		
☐ zarejestrowany w urzędzie pracy jako osoba poszukująca/y pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu		☐ nie dotyczy
☐ zarejestrowany w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna		☐ świadczenia rentowe
☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:		Nazwa pracodawcy:
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ działalność rolnicza ☐ umowa cywilnoprawna ☐ działalność gospodarcza ☐ staż zawodowy		Adres miejsca pracy:
		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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.		

Powiat nowomiejski – wniosek w ramach Modułu I obowiązujący od 2018 roku

Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	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, 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 formie załącznika 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu* (w tym wykazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo). W przypadku, gdy na uzasadnienie wniosku jest zbyt mało miejsca, należy w rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr ...”.	
2. Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	☐ - nie ☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - 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)?	☐ - tak ☐ - nie
4. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. 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 zamierza kupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu). Jeśli Wnioskodawca zamierza kupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 10 pkt.	☐ - tak ☐ - nie
6. Czy wnioskodawca w tym jego podopieczny jest osobą, która w 2017 lub w 2018 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
7. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu (osoba samotnie wychowująca dziecko – 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

* **Cel główny programu:** wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. **Cele szczegółowe:** likwidacja bariery transportowej (Obszar A), likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym (Obszar B), likwidacja barier w poruszaniu się (Obszar C).