



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 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, 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. <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..... Dane do kontaktu: nr telefonu:..... e-mail:.....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
☐ NARZĄD RUCHU 05-R w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym ☐ wnioskodawca: ☐ nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się ☐ jest w stanie samodzielnie poruszać i przemieszczać się		
☐ NARZĄD SŁUCHU I MOWY 03-L : ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ osoba niedosłysząca ☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu wymagająca korzystania z usług tłumacza języka migowego ☐ osoba z trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy		
☐ 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		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ tak ☐ nie		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY		
☐ zatrudniona/ny 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	

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY							
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe	☐ średnie	☐ średnie zawodowe	☐ policealne	☐ wyższe	
☐ inne, jakie?							
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – należy udokumentować stosownym zaświadczeniem							
☐ zasadnicza szkoła zawodowa	☐ liceum	☐ technikum	☐ szkoła policealna	☐ kolegium	☐ studia	☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie
☐ staż zawodowy w ramach programów UE				☐ inna, jaka?		☐ 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.

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 powtórniego/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.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - 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 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 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 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 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).	☐ - 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)