Wniosek złożono w ..... w dniu	Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „O" – część A (*wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego*)

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

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**	
☐ **Obszar A – Zadanie nr 1**	☐ **Obszar A – Zadanie nr 2**
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B dla osób z dysfunkcją narządu ruchu
☐ **Obszar A – Zadanie nr 3**	☐ **Obszar A – Zadanie nr 4**
Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B dla osób z dysfunkcją narządu słuchu	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
☐ **Obszar B – Zadanie nr 1**	☐ **Obszar B – Zadanie nr 2**
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (stopień znaczny lub osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności- do 16 roku życia) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
☐ **Obszar B – Zadanie nr 3**	☐ **Obszar B – Zadanie nr 4**
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
☐ **Obszar B – Zadanie nr 5**	☐ **Obszar C – Zadanie nr 2**
Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, dla osób ze znacznym stopniem o niepełnosprawności lub z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
☐ **Obszar C – Zadanie nr 3**	☐ **Obszar C – Zadanie nr 4**
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
☐ **Obszar C – Zadanie nr 5**	☐ **Obszar D**
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

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.....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	**ADRES ZAMELDOWANIA**
Kod pocztowy □□ - □□□ ..... (poczta) Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. ..... Powiat ..... Województwo ..... □ miasto do 5 tys. mieszkańców □ inne miasto □ wieś	(**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**) Kod pocztowy □□ - □□□..... (poczta) Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. ..... Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. .....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (*o ile dotyczy*): .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	□ - firma handlowa □ - media □ - PFRON □ - Realizator □ - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym"

DANE PERSONALNE	**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia:..... r. PESEL □□□□□□□□□□□ Pełnoletni: □ tak □ nie Płeć: □ kobieta □ mężczyzna	Kod pocztowy □□-□□□..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. ..... Powiat ..... Województwo ..... □ miasto do 5 tys. mieszkańców □ inne 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 życia

Orzeczenie 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**	□ **innym**

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	☐
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	☐
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O** ☐ **osoba niewidoma** ☐ **osoba głuchoniewidoma**	**Lewe oko:** Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	**Prawe oko:** Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ **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 - płciowego	☐ 11-**I** inne
☐ 02-**P** choroby psychiczne	☐ 06-**E** epilepsja	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego	☐ 10-**N** choroby neurologiczne	☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

☐ ŻŁOBEK	☐ 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: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali: ☐ - (od 1 do 6) ☐ - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):
……
……
……
……
……

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (*o ile dotyczy*)	
☐ **niezatrudniona/y: od dnia:**..... ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy** ☐ **nie dotyczy**	
☐ **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** ☐ **umowa cywilnoprawna** ☐ **staż zawodowy**	**Adres miejsca pracy**: .... **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**
☐ **działalność gospodarcza** **Nr NIP:**	☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **dokonanego w urzędzie:** ..... ☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**.....
☐ **działalność rolnicza**	**Miejsce prowadzenia działalności**: .....

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 zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						**tak** ☐ **nie** ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	**Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
....	....	....	....	....	....	....
				Razem uzyskane dofinansowanie:		

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

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 wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku - wskazujące na związek przedmiotu dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	....
2) 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
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia podopiecznego Wnioskodawcy?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): ....

4) Czy aktywny zawodowo podopieczny Wnioskodawcy jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	☐ - nie ☐- nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): ....