



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I

(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.)

Informacje dotyczące wnioskodawcy (dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika)													
Imię i nazwisko													
Data urodzenia													
Dowód osobisty		Seria:			Numer:			Wydany przez:.....			W dniu:.....ważny do:.....		
PESEL										pleć	kobieta		mężczyzna
Gospodarstwo domowe:		<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna)						<input type="checkbox"/> wspólne					
Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)													
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość						Kod pocztowy							
województwo						Powiat							
Kontakt telefoniczny:						Tel. Komórkowy:							
Adres e'mail													
Adres do korespondencji													
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość						Kod pocztowy							
województwo						Powiat							
Kontakt telefoniczny:						Tel. Komórkowy:							
Adres e'mail													

Informacje dotyczące podopiecznego																	
Imię i nazwisko																	
Data urodzenia																	
PESEL													pleć	kobieta		mężczyzna	

Proszę o dofinansowanie*/sfinansowanie		
A-1	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu)	<input type="checkbox"/>
A-2	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu)	<input type="checkbox"/>
A-3	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego)	<input type="checkbox"/>
A-4	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu)	<input type="checkbox"/>
B-1	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu rąk)	<input type="checkbox"/>
B-2	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/>
B-3	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku)	<input type="checkbox"/>
B-4	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy)	<input type="checkbox"/>
C-1	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/>
C-2	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
C-3	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości (adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
C-4	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne - co najmniej na III poziomie jakości (adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
C-5	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania)	<input type="checkbox"/>
D	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką, pomoc adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka)	<input type="checkbox"/>

Wysokość dofinansowania o które ubiega się wnioskodawca	
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.
wysokość wkładu własnego	zł.
Wnioskowane dofinansowanie	zł.
słownie	zł.

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**  
**na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku\***

numer rachunku bankowego:

- - - - -

nazwa banku .....

**Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż	<input type="checkbox"/>	

**Rodzaj niepełnosprawności**

dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja jednej kończyny górnej	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>
Inne przyczyny	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie	<input type="checkbox"/>

**Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy**

wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	
liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	

**Aktywność zawodowa- zatrudnienie**

Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> od dnia.....	<input type="checkbox"/> do dnia.....	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	<input type="checkbox"/> inny, jaki:.....
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy			

Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	<input type="checkbox"/>		
Stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	<input type="checkbox"/>		
Umowa cywilnoprawna	<input type="checkbox"/>		
Staż zawodowy	<input type="checkbox"/>		
Działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>		
<b>Rejestracja w Urzędzie Pracy</b>			
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>		
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/>		
Osoba poszukująca pracy (nie pozostająca w zatrudnieniu)	<input type="checkbox"/>		
Okres rejestracji w Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach)	<input type="checkbox"/>		
<b>Aktualnie realizowany przez wnioskodawcę poziom edukacji</b>			
<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"/> inna, jaka:	
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE	<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<b>Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b>			
informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat			
<b>nazwa udzielonego wsparcia</b>	<b>wysokość dofinansowania</b>	<b>numer i data zawarcia umowy</b>	<b>termin jej rozliczenia</b>
<b>łącznie</b>			
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:			
.....			
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął			

**Uwaga:** wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!

Data.....

podpis wnioskodawcy.....

**Pouczenie:**

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*