|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wniosek złożono w .......................................  w dniu ....................................... |  | Nr sprawy:  ................................... |  | Strona g&lstrok;ówna PFRON |

*Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WNIOSEK**  - *wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu*

**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 | | □ Moduł II  **pomoc w uzyskaniu**  **wykształcenia na**  **poziomie wyższym** |
| □ Obszar A – Zadanie nr 1 lub 4  **pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu** | □ Obszar A – Zadanie nr 2 lub 3  **pomoc w uzyskaniu prawa jazdy** |
| □ Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4  **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 B – Zadanie nr 5  **pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu** | □ Obszar C – Zadanie nr 1  **pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym** |
| □ Obszar C – Zadanie nr 2  **pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub 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** | □ Obszar C – Zadanie nr 5  **pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego** |
| □ Obszar D–  **pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej** | |

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię ............................................ Nazwisko ............................................ Data urodzenia ........................... r.  Dowód osobisty seria ................. numer .................................................. wydany w dniu ........................... r.  przez ...............................................................................................................................................................  data ważności dowodu osobistego ........................... Płeć: □ kobieta  □ mężczyzna  PESEL □□□□□□□□□□□ Stan cywilny: □ wolna/y □ zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: □ samodzielne (osoba samotna)  □ wspólne | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**  Kod pocztowy - .....................................................................  (poczta)  Miejscowość ..........................................................................  Ulica ......................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ......... Powiat ....................................  Województwo ........................................................................  □ miasto do 5 tys. mieszkańców □ inne miasto □ wieś | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy - .............................................  (poczta)  Miejscowość ..................................................  Ulica ..............................................................  Nr domu ................. nr lokalu ........................  Powiat ...........................................................  Województwo ................................................ |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): | Kontakt telefoniczny: nr kier. ..... nr telefonu ................  nr tel. komórkowego: ...................................  e’mail (*o ile dotyczy*): .......................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | | |
| □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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: | | | | | □ **obu** kończyn górnych □ **jednej** kończyny górnej | | | | | | | | | | |
| □ **obu** kończyn dolnych | | | | | □ **jednej** kończyny dolnej | | | | | | | | □innym | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** □  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  □  **Wnioskodawca 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 |
|  | **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** | | | | | | | | | | | | | | |
| niezatrudniona/y: od dnia: ............................. □ bezrobotna/y □ poszukująca/y pracy □ nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ zatrudniona/y: od dnia: ....................... do dnia: .......................  □ na czas nieokreślony □ inny, jaki: ......................................... | | | | | | | | | Nazwa pracodawcy: .................................  .................................................................  Adres miejsca pracy: ................................  .................................................................  .................................................................  Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:  .................................................................. | | | | | | |
| □ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  □ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  □ umowa cywilnoprawna  □ staż zawodowy | | | | | | | | |
| □ 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:  ..................................................................................................................... | | | | | | | | | | | |
| **Informacja dotyczącą dysfunkcji narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego**  □ **Tak**  zaburzenia słuchu, głosu i mowy  □- **Nie**  **ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ podstawowe | | | | | | □ gimnazjalne | | | | | | □ zawodowe | | | |
| □ średnie ogólne | | | | | | □ średnie zawodowe | | | | | | □ policealne | | | |
| □ wyższe | | | | | | □ inne, jakie: | | | | | |  | | | |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I** | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | | | | | | □ LICEUM | | | | | | □ TECHNIKUM | | | |
| □ SZKOŁA POLICEALNA | | | | | | □ KOLEGIUM | | | | | | □ INNA, jaka: | | | |
| □ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | | | | | | □ STUDIA PODYPLOMOWE | | | | | | □ STUDIA DOKTORANCKIE | | | |
| □ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | | | | | | | | | | | □ nie dotyczy | | | |
| **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**  Nazwa szkoły .................................................................................................................... klasa/rok ...............  Kod pocztowy ............... Miejscowość ............................... ulica ....................................... Nr domu ...............  Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: ............................................................ | | | | | | | | | | | | | | | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON  w ciągu ostatnich 5 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), 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: | | | | |  | |  |

|  |
| --- |
| 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 |

**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** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) 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 (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) | .............................................................................................  .............................................................................................  .............................................................................................  .............................................................................................  ……………………………………………………………..  …………………………………………………………….. |
| 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. niepełnosprawności. | □ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności  □ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  □ – nie |
| 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)? | □ - tak (1 osoba)  □ - tak (więcej niż jedna osoba)  □ – nie |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca 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):  ..............................................................................................  ..............................................................................................  .............................................................................................. |
| 6) Czy Wnioskodawca posiada lub zamierza zakupić wózek typu skuter?  (dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 2 i 5 programu) | □ - tak  □ – nie |
| 1. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?  np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. | □ - tak  □ - nie  ..............................................................................................  ..............................................................................................  ..............................................................................................  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  …………………………………………………………… |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: .................. – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | | | | | | | | | | |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów  (o ile dotyczy) | | | | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) | | | |
|  | |  |  | | | |  | | | |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU** | | | | | | | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | | | | | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe): | | UWAGI | |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | | | | | □ - tak □ - nie | |  | |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | | | | ....................../ ......................../ 20.... r. | | | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:** □ - **pozytywna** □ - **negatywna** | | | | | | | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  w zakresie pkt: ................................................................ | | | | | | □ - tak □ - nie | | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | | | | | □ - tak □ - nie | | | |
| ***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*** | | | | |  | ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*** | | | |
| *data, podpis:* | | | | |  | *data, podpis:* | | | |

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ................/ ......................../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |