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

*Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

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

**WNIOSEK** - *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* □*)*

|  |  |
| --- | --- |
|  Obszar A – Zadanie nr 1 **pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu** | □ Obszar B – Zadanie nr 1 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 5– **pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do posiadanego wózka ręcznego**  |

**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 ...............................................................................................................................................................data ważności dowodu osobistego ........................... Płeć: □ kobieta  □ mężczyznaPESEL □□□□□□□□□□□ Stan cywilny: □ wolna/y □ zamężna/żonaty  |
| **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*): ......................................................... |

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”** |
| **DANE PERSONALNE**Imię ..................................................................Nazwisko ..........................................................Data urodzenia:.............................................. r.PESEL □□□□□□□□□□□Pełnoletni: □ tak □ nie Płeć: □ kobieta  □ mężczyzna | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)Kod pocztowy - ................................................................. (poczta)Miejscowość .......................................................................Ulica ...................................................................................Nr domu ........... nr lok. ......... Powiat .................................Województwo .....................................................................□ miasto do 5 tys. mieszkańców □ inne miasto □ wieś  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
| □całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | □znaczny stopień     | □ 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 |
| **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** upośledzenieumysłowe | □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 |
| **Informacja dotyczącą dysfunkcji narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego**□ **Tak**  zaburzenia słuchu, głosu i mowy □- **Nie** |

|  |
| --- |
| **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: ................................. .................................................................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 gospodarczaNr 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 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 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 |
| 6) 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.........................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………… |
| 7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?  | □ - 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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | □ - 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** |  |