



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Numer wniosku:

Znak sprawy:

.....

data wpływu wniosku

WNIOSEK

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.

Część A - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową		
A 1	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/>
A 2	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	<input type="checkbox"/>
A 3	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	<input type="checkbox"/>
A 4	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/>
B 1	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<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	<input type="checkbox"/>
B 4	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/>
B 5	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	<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	<input type="checkbox"/>
C 3	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/>
C 4	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy	<input type="checkbox"/>
C 5	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	<input type="checkbox"/>
D	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moduł II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

1. Informacje Wnioskodawcy — należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzeniar.
Dowód osobisty: seria numer wydany w dniur.
Przez ważny do dniar.

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Płeć: kobieta mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: wspólne samodzielne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr tel.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania w ramach
programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym				
<input type="checkbox"/> wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/> ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 03-L <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy			
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01 - U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02 - P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06 - E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07 - S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 11 - I inne
<input type="checkbox"/> 08 - T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09 - M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 10 - N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12 - C całościowe zaburzenia rozwojowe	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:.....		<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP: od dnia: (<i>miesiąc, rok</i>) <input type="checkbox"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
<input type="checkbox"/> 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 Nr NIP:		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności:		

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I		
<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
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

2.1. Dotyczy Modułu I

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie (w tym poprzez PCPR lub MOPR)?		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Zadanie, w ramach którego udzielono wsparcia	Rok uzyskania wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:			

