



## 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 na rzecz podopiecznego (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"/>
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 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 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 o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia ..... r.	
Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu ..... r.	
Przez ..... ważny do dnia ..... r.	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b> Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo .....	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small> Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <small>(poczta)</small> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....
<b>Adres korespondencyjny</b> (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. .... nr tel. .... nr tel. komórkowego: ..... <b>e-mail (o ile dotyczy):</b> .....
<b>Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu</b>	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: .....

**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 .....

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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

wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego  dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się

**NARZĄD WZROKU 04-O**

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

**ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 03-L**

dysfunkcja narządu słuchu

trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

**01 - U**  
upośledzenie umysłowe

**02 - P**  
choroby psychiczne

**06 - E**  
epilepsja

**07 - S**  
choroby układu oddechowego i krążenia

**11 - I**  
inne

**08 - T**  
choroby układu pokarmowego

**09 - M**  
choroby układu moczowo - pęciowego

**10 - N**  
choroby neurologiczne

**12 - C**  
całościowe zaburzenia rozwojowe

**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<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"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**Dotyczy aktywności z okresu 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku.**

Średnia ocen(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)**

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:.....	<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP: od dnia: ..... (miesiąc, rok) <input type="checkbox"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako poszukująca/y pracy
---	--

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Adres miejsca pracy: .....

<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<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"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie: .....
Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

<input type="checkbox"/> 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 Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie/  
Urzędu Miejskiego w Białymstoku:      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 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 dofinansowania	Kwota przyznana (w zł)
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>		

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**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. 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 7) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca i/lub dziecko/podopieczny 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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. <b>Jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji wniosek w tym zakresie nie uzyska punktów.</b>	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (jakie?) ..... ..... .....
5) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy osoba niepełnosprawna której wniosek dotyczy w 2018 lub w 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w rozumieniu programu). <b>Jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanej informacji wniosek w tym zakresie nie uzyska punktów.</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

**7) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz informacja czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.**