

Wniosek złożono
w PCPR w Przasnyszu,
w dniu:

Nr sprawy:

PCPR.0321. .2016

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD” – Moduł I

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)

<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> Obszar D pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje dotyczące Wnioskodawcy (dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy) Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika)

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważnym do dnia Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe.

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

PCPR (Realizator) - PFRON - firma handlowa - media - inne, jakie.....

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr-przasnysz.pl

DANE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy?)				
DANE PERSONALNE		MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)		
Imię		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)		
Nazwisko		Miejscowość		
Data urodzenia:..... r.		Ulica		
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nr domu Nr lok.		
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Powiat		
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		Województwo		
		<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś		
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z POSIADANYM ORZECZENIEM <small>(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)</small>				
<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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia				
orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z POSIADANYM ORZECZENIEM <small>(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)</small>				
<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 samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego				
<input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O		Lewe oko:		Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		Ostrość wzoru (w korekcji):.....		Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		Zwężenie pola widzenia: stopni		Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
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. <input type="checkbox"/> tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie				

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA – ZATRUDNIENIE

(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)

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 w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2007r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

działalność gospodarcza Nr NIP:

działalność rolnicza Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej /rolniczej nr....., dokonanego w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

Miejsce prowadzenia działalności:

REJESTRACJA W URZĘDZIE PRACY

(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)

Nie dotyczy

Osoba bezrobotna

Osoba poszukująca pracy (nie pozostająca w zatrudnieniu)

Okres rejestracji w Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach) (słownie:

OBECNIE WNIOSKODAWCA/ PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ

(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)

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 UCZĘSZCZA WNIOSKODAWCA/ PODOPIECZNY

(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

