

Wniosek złożono
w PCPR w Przasnyszu,
w dniu:

Nr sprawy:

PCPR.613. 2019



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 ☐)

☐ Moduł I	
☐ Obszar A – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu	☐ Obszar A – Zadanie nr 2 Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu
☐ Obszar A – Zadanie nr 3 Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego	☐ Obszar A – Zadanie nr 4 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu
☐ Obszar B – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania adresowana do osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych	☐ Obszar B – Zadanie nr 2 Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
☐ Obszar B – Zadanie nr 3 Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku	☐ Obszar B – Zadanie nr 4 Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
☐ 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. Dane dotyczące Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, w tym (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Imię.....Nazwisko.....

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

(w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość)

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

przez.....ważnym do dnia

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 ☐ 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.....

DANE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy?)

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 ☐ wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z POSIADANYM ORZECZENIEM

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

☐ 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 do 16 roku życia

orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z POSIADANYM ORZECZENIEM

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

- ☐ **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 - pęciowego | ☐ 11- I inne |
| ☐ 02- P choroby psychiczne | ☐ 06- E epilepsja | ☐ 08- T choroby układu pokarmowego | ☐ 10- N choroby neurologiczne | ☐ 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. ☐ tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ tak 3 przyczyny niepełnosprawności ☐ 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 2004r. 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:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?		tak ☐ nie ☐
Zadanie (w ramach którego udzielono wsparcia)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wysokość udzielonego dofinansowania (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:		

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny 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. Uzasadnienie wniosku – należy wykazać związek pomiędzy udzieleniem dofinansowania a możliwością realizacji celów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I, Obszar, Zadanie nr**

[illegible]

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR.613.

.2019– WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

*pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu*

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

