

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)

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu
<input type="checkbox"/> 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	<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 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	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego 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 C - Zadanie nr 5 Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	<input type="checkbox"/> 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

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

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 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):

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma
<input type="checkbox"/> 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*):

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <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"/> 02- P choroby psychiczne | <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. 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:

OBCENIE WNIOSKODAWCA/ PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ
(dotyczy wnioskodawcy lub osoby dla której wnioskodawca ubiega się o środki PFRON)

<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 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie (w ramach którego udzielono wsparcia)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wysokość udzielonego dofinansowania (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:		

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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR.613.

.2019– WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczętka 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