Wniosek złożono w PCPR Pleszew w dniu é ..é é é é é .é é é é é é ..	Nr sprawy: é é é é é é é é é é é	aktywny samorząd / Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK ĂOò ï czňŠĺ A (*wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego*)

o dofinansowanie ze Środków PFRON w ramach pilotaŨowego programu ĂAktywny samorzŃdò

We wniosku naleŨy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ònie dotyczyò. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, naleŨy w odpowiedniej rubryce wpisać ĂW załŃczeniu ï załŃcznik nr ..ò, czytelnie i jednoznacznie przypisujŃc numery załŃczników do rubryk formularza, których dotyczŃ. ZałŃczniki powinny zostać sporzŃdzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(naleŨy zaznaczyć właŜciwy obszar przez zakreŜlenie pola)

☐ Obszar A	☐ Obszar B1	☐ Obszar B2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
☐ **Obszar B3**	☐ **Obszar B4**	☐ **Obszar C**
pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	dofinansowanie szkoleŒw zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzňtu komputerowego i oprogramowania lub urzŃdzeŒelektorskich albo brajlowskich	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napňdzie elektrycznym
☐ **Obszar D**		
Pomoc w utrzymaniu sprawnoŜci technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napňdzie elektrycznym		

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (*prawnie*) *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imiň é é é é é .é é é é é .**Nazwisko** é é é é é é é é é é é é é ...data urodzenia é é é é é é é é é r.

Dowód osobisty seria é é é .. nr é é é é é ..wydany w dniu é é é é é é .r. przez é é é é é é é é é é .

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Płeć** : ☐ kobieta ☐ mňŨczyzna

Wnioskodawca jest osobŃ: **stan cywilny**: ☐ wolny ☐ zamňŨna/Ũonaty

☐ samotnie wychowujŃcŃ dziecko/podopiecznego i majŃcŃ dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

☐ wychowujŃcŃ i utrzymujŃcŃ dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ é é é é é é é é é é é é é Poczta MiejscowoŜć é .. Ulica é Nr domu é é é é . Nr lok. é é é .. Powiat é é é é é é é é .. Województwo é ☐ Miasto do 5 tys. MieszkaŒców ☐inne miasto ☐ wieŜ	Adres Zameldowania (naleŨy wpisać , gdy jest inny niŨ adres zamieszkania) Kod pocztowy☐☐-☐☐☐ é é é é é é é . Poczta MiejscowoŜć é é é é é é é é é é é é é Ulica é é é é é é é é é é é é é é é é .. Nr domu é é é é é .. Nr lok. é é é é é ... Województwo é é é é é é é é é é é é ..

Kontakt telefoniczny: nr kier. é é nr telefonu é é é é é é é é /nr tel. komórkowego é é é é é é é é ...
Email (o ile dotyczy) é

Adres korespondencyjny: (jeŜli jest inny od adresu zamieszkania)
é ..

Ťródło informacji o moŨliwoŜci uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ -PFRON ☐ -inne, jakie

DANE DOTYCZŁ CE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej Žpodopiecznymò

DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeŠi inny niŽwnioskodawcy-pobyt stałý)
Imiň é é é é é é é é é é é é é é é ..é é é ..	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ é é é é é é é é é é é é é é .. (poczta)
Nazwisko é é é é é é é é é é ..é é é é é é	MiejscowoŠĺ é
Data urodzenia é é é é é é é é é é é é ..é r.	Nr domu é é é é é é é é é . Nr lokalu é é é é é é é é é é é é
PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Powiat é ..
Peğnoletni ☐ tak ☐ nie	Województwo é .
Pğeĺ ☐ kobieta ☐ mňŽczyzna	☐ miasto do 5 tys. mieszkaŒców ☐ inne miasto ☐ wieŠ

STAN PRAWNY DOT. NIEPEĞNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ całkowita niezdolnoŠĺ do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ Znaczny stopieŒ	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolnoŠĺ do pracy	☐ Umiarkowany stopieŒ	☐ II grupa inwalidzka
☐ częŠciowa niezdolnoŠĺ do pracy	☐ Lekki stopieŒ	☐ III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. NiepeğnosprawnoŠci waŽne jest: ☐ okresowo do dnia é é é é é é é é é . ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEĞNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ **NARZŁ D RUCHU 05-r, w zakresie**: ☐ obu **koŒczyn górnych** ☐ jednej **koŒczyny górnej**

☐ obu **koŒczyn dolnych** ☐ jednej **koŒczyny dolnej** ☐ **innym**

Podopieczny nie porusza siň przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza siň samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza siň niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ **NARZŁ D WZROKU 04 -0** ☐ **osoba niewidoma** ☐ **osoba gğuchoniema**	**Lewe oko:** OstroŠĺ wzoru (w korekcji) é é é é é é é é . ZwňŽenie pola widzenia: é é é é ..é é stopni	**Prawe oko:** OstroŠĺ wzoru (w korekcji)é é é é é é é é . ZwňŽenie pola widzenia: é é é é ..é stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY niepeğnosprawnoŠci wynikajŃce z orzeczenia (proszň zaznaczyĺ wğaŠciwy kod/symbol):**

☐ 01-**U** upoŠledzenie umysğowe	☐ 03-**L** zaburzenia gğosu, mowy i choroby sğuchu	☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krąże	☐ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego	☐ 11-**I** inne
☐ 02-**P** choroby psychiczne	☐ 06-**E** epilepsja	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego	☐ 10-**N** choroby neurologiczne	☐ 12-**C** całğoŠciowe zaburzenia rozwojowe

Szczegóğowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdujŃsiň pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.pleszew-info.

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
☐ ť ĞOBEK	☐ PRZEDSZKOLE	☐ SZKOĞA PODSTAWOWA
☐ GIMNAZJUM	☐ TRZYLETNIA SZKOĞA PRZYSPOSABIAJŁ CA DO PRACY	
☐ ZASZDNICZA SZKOĞA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOĞA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ STUDIA
☐ INNA, jaka é ..		☐ nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki é . **Klasa/rok** é é é . **Kod pocztowy** é é é é é é ...

MiejscowoŚĺ é é é é é é é é é é é é é é é é . . **ulica** é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. **nr domu** é é é é é é é é é é .

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: é

oŜrodek szkolno-wychowawczy: **tak** ☐ **nie** ☐	Internat: **tak** ☐ **nie** ☐

Nauka prowadzi do: ☐ zdania matury ☐ uzyskania Ŝredniego wykształcenia ☐ uzyskania zawodu

Czy podopieczny bňdzie kontynuowağ naukň/edukacjň na poziomie wyŨszym od dotychczasowego?	**tak** ☐ **nie** ☐

AKTYWNŚOC ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

☐ niezatrudniona/y: od dnia é é é é é é é é é .. ☐ bezrobotna/y ☐ poszukujŃca/y pracy ☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia : é é é é é .é é é é é . do dnia: é é é é é é é é .é é é .. ☐ na czas nieokreŜlony ☐ inny, jaki: é é é é é é é é é é .	Nazwa pracodawcy: é . é .
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracň ☐ stosunek pracy na podstawie powoğania, wyboru, mianowania oraz spóğdzielczej umowy o pracň ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staŨ zawodowy	Adres miejsca pracy: é é é é é é é é é é é é é é é é é .. é Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: é é é é é é é é é é é é é é .

☐ dziağalnoŚĺ gospodarcza Nr NIP: é é é é é é é	☐ na podstawie podstawie wpisu do ewidencji dziağalnoŜci gospodarczej nr é é é é é é .... dokonanego w urzňdzie: é . ☐ inna, jaka i na jakiej podstawie é .
☐ dziağalnoŚĺ rolnicza	Miejsce prowadzenia dziağalnoŜci: é

2. Informacje o korzystaniu ze Ŝrodków PFRON

Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiŃzania wobec PFRON	**tak** ☐	**nie** ☐
Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiŃzania wobec Realizatora programu	**tak** ☐	**nie** ☐

JeŨeli tak, proszň podaĺ rodzaj i wysokoŚĺ (w zğ) wymagalnego zobowiŃzania: é

é ..

Uwaga! za Ăwymagalne zobowiŃzanieò naleŨy rozumieĺ zobowiŃzanie, którego termin upğynŃğ

Czy wnioskodawca lub czğonek jego gospodarstwa domowego korzystağze srodków PFRON w ciŃgu ostatnich 5 lat (liczŃc od dnia zğpÕenia wniosku), w tym poprzez PCPR	tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana zostağa pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostağ zakupione ze Ŝrodków PFRON)	**Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
é é é é é é é é ...	.....	é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é é
é é é é é é é é ..	é é é é é é é	é é é é é é é	é é é é é é é	é é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é é
é é é é é é é é ..	é é é é é é é	é é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é	é é é é é é é
				Razem uzyskane dofinansowanie:		

3. INFORMACJE NIEZBEDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! SŃ to informacje mogŃce decydowaĹ o kolejnoŜci realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujŃce** informacje i odpowiedzi na poniÕsze pytania i zagadnienia. W miarň moÕliwoŜci wykazania, kaÕdŃ podanŃ informacjň należy **udokumentowaĹ** (*np. fakt wystňpowania innej osoby niepeğnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdziĹ kserokopiŃ stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załŃcznika do wniosku, umieszczonego na liŜcie stanowiŃcej załŃcznik nr 5 do wniosku. W przeciwnym razie, informacja moŕe zostaĹ nieuwzglňdniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega siň o ponowne udzielenie pomocy ze Ŝrodków PFRON na ten sam cel jest zobowiŃzany wykazaĹ we wniosku (poniÕszy pkt 1) **istotne przesğanki** wskazujŃce na potrzebň powtórnego/kolejnego dofinansowania ze Ŝrodków PFRON. Do istotnych przesğanek należŃ okolicznoŜci zwiŃzane z aktywnoŜciŃ zawodowŃ/naukŃ podopiecznego.)

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadniĹ wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzňtu) **Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb**	..... é . é . é . é .. é .
2) Czy niepeğnosprawnoŜĹ podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzňŕbna (wystňpuje wiňcej niŕ jedna przyczyna niepeğnosprawnoŜci, kilka schorzeŒ ograniczajŃcych samodzielnoŜĹ)? NiepeğnosprawnoŜĹ sprzňŕbna musi byĹ **potwierdzona w posiadanym orzeczeniu**.	☐ -tak ☐ - nie
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskağ pomocy ze Ŝrodków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach Ŝrodków przekazywanych do samorzŃdu np. w PCPR)?	☐ -tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy sŃ takŕe inne osoby niepeğnosprawne (posiadajŃce odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepeğnosprawnoŜci)?	nie - tak (jedna osoba) - tak (wiňcej niŕ jedna osoba)
5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupiĹ wózek typu skuter? (*dotyczy wyğŃcznie Wnioskodawców ubiegajŃcych siň o wsparcie w ramach obszaru C programu*)	**JeŜli Wnioskodawca zamierza zakupiĹ wózek inwalidzki o napňdzie elektryczny typu *skuter*, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniŕona o 20 pkt.** ☐ -tak ☐ - nie
6) Czy wystňpujŃ szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczno ĹĹ leczenia szpitalnego, Ĺle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowoŜĹ, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudnoŜci finansowe, itp. **JeŜli podane informacje zostanŃ udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeŜli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.**	☐ -tak ☐ - nie é