



## WNIOSEK „P” OBSZAR D - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

<input type="checkbox"/> <b>Moduł I</b> likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową							
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A</b> likwidacja bariery transportowej		<input type="checkbox"/> <b>Obszar B</b> likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym		<input type="checkbox"/> <b>Obszar C</b> likwidacja barier w poruszaniu się			
<b>Zadanie 1:</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<b>Zadanie 2:</b> pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	<b>Zadanie 1:</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<b>Zadanie 2:</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<b>Zadanie 1</b> pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<b>Zadanie 2</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<b>Zadanie 3</b> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości	<b>Zadanie 4</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości)
<input type="checkbox"/> <b>Obszar D</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej							

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez.....ważny do: ..... <b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>PESEL</b> ..... <b>Stan cywilny:</b> <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
<b>Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:</b> <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<p style="text-align: center;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b></p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;"><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... nr lokalu .....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p>
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

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcsrpszczyzna.pl](http://www.pcsrpszczyzna.pl)

STRONA 2

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**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"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>
<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

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

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (dane wnioskodawcy)

zarejestrowana/y w PUP jako:  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy i nie pozostająca/nie pozostający w zatrudnieniu

nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Nazwa pracodawcy: ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <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	Adres miejsca pracy: ..... ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... .....

<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....

STRONA 3

<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b> (dane osoby prowadzącej wspólnie z wnioskodawcą gospodarstwo domowe)	
<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna	
zarejestrowana/y w PUP jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy i nie pozostająca/nie pozostający w zatrudnieniu	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Nazwa pracodawcy: ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <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	Adres miejsca pracy: ..... ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY**

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ**

<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 WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły .....  
 klasa/rok ..... Kod pocztowy .....  
 Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....  
 Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**STRONA 4**

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca 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"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków 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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						.....	.....

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....

.....

**Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie”**

a)w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone;

b)w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydanych na podstawie przepisów k.p.a.-zobowiązania:

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności;
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności;
- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) <b>Uzasadnienie wniosku</b> wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu /pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej/</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) <b>Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p> <p>Należy załączyć kopię orzeczenia – jeśli dotyczy</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>3) Wnioskodawca podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (kursy zawodowe, nauka języków obcych) i/lub aktywnie działa na rzecz osób niepełnosprawnych (potwierdzenie członkostwa w organizacji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych) i/lub aktywnie poszukuje pracy lub stara się przygotować do jej podjęcia (współpraca z doradcą zawodowym, psychologiem): preferencje można wykazać z 3 lat wstecz o dnia złożenia wniosku</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p> <p>Należy potwierdzić informację przedłożeniem odpowiedniego dokumentu.</p>
<p>4) <b>Czy Wnioskodawca w 2017 lub w 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</b></p> <p>Zgodnie z definicją określoną w ust. 31 pkt 18 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku” – definicja poniżej</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>Jeżeli zaznaczono TAK - zdarzenie powinno być udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, policję)</p>

**DODATKOWE WYJAŚNIENIA:**

**W 2018 roku preferowane są wnioski dot. osób niepełnosprawnych, które:**

- są zatrudnione – suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 40%;**
- w 2017 lub w 2018 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 10%**

**maksymalnej liczby punktów możliwych do udzielenia w ramach oceny merytorycznej wniosku.**

**Przez aktywność zawodową należy rozumieć:**

**a) zatrudnienie; lub**

**b) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub**

**c) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna i nie pozostająca w zatrudnieniu, okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności.**

**Przez zatrudnienie w rozumieniu programu należy rozumieć:**

- a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony jednakże nie krótszy niż 3 miesiące;
  - b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące;
  - c) działalność rolnicza w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017, poz. 2336);
  - d) działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017, poz. 2168);
  - e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się);
  - f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017, poz. 1065, z późn. zm.);
- okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia.

**Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych –**

- a) osoba zamieszkująca na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2016, poz. 1067), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015, poz. 163, z późn. zm.), a także
- b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)