

WNIOSEK „O” – (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

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

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

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

przez.....ważny do:Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Wnioskodawca jest osobą:

samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem/rodzicem

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne 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

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

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko.....

Data urodzenia

PESEL.....

Pełnoletni: tak nie

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy-pobyt stały)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

miasto do 5 tyś. mieszkańców inne miasto wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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 - (osoba do 16 r. ż.)

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-O

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

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

01-U upośledzenie umysłowe

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

09-M choroby układu moczowo - pęcherzowego

11-I inne

02-P choroby psychiczne

06-E epilepsja

08-T choroby układu pokarmowego

10-N choroby neurologiczne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<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"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka.....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki

.....

klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

Zarejestrowany 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:	Nazwa pracodawcy:

<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Adres miejsca pracy:
<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

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:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca uzyskał środki z PFRON /na rzecz Podopiecznego, o którym mowa we wniosku/ 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)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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 wydawanych 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.							

STRONA 4

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU na stronie 5 wniosku

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON **na ten sam cel jest** zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu /dot. wszystkich obszarów i zadań programu)</p> <p>Oraz jeśli dotyczy- należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego dot. obszarów: A1; B1 oraz C</p> <p>Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb Podopiecznego, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb Podopiecznego.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Podopiecznego jest sprzężona (u Podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?</p> <p>Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p>
<p>3) Czy Wnioskodawca /na rzecz Podopiecznego/ po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie do danego Obszaru/Zadania ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy /oprócz Podopiecznego/ są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca w 2017 lub w 2018 roku został uszkodzony w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</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:

- a) są zatrudnione – suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 40%;
- b) w 2017 lub w 2018 roku zostały uszkodzone 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 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 uszkodzona 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)