

WNIOSEK „P” - 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.

Moduł I

likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar A, zadania nr 1 i 4

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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
 Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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, jakie:

.....

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 WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA:

05-R UPOŚLEDZENIE NARZĄDU RUCHU, 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"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> Inne symbole z orzeczenia:
---	--	--	---

Dodatkowa informacja: osoba niepełnosprawna jest osobą: niesłyszącą

osobą niewidomą osobą głuchoniewidomą nie dotyczy

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (dane wnioskodawcy)

nie dotyczy

zarejestrowany w urzędzie pracy jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy i nie pozostająca/nie pozostający w zatrudnieniu

zatrudniona/y: od dnia: do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie:

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

<p>2) 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.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p>
<p>3) Czy Wnioskodawca po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie danego Obszaru/Zadania w ramach programu „Aktywny samorząd” ze środków PFRON?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Wnioskodawca podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) i/lub aktywnie działa 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 od dnia złożenia wniosku</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p>Należy potwierdzić informację przedłożeniem odpowiedniego dokumentu.</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p> <p>Zgodnie z definicją określoną w ust. 31 pkt 24 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku” – definicja poniżej</p>	<p style="text-align: center;"><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:

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 2018, poz. 1345), 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 2018, poz. 1508, 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)