

## 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.

#### Moduł I

likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

#### Obszar C likwidacja barier w poruszaniu się

C, Zadanie 1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

#### 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 urodzenia .....r.

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, jakie:

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

**DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko.....

Data urodzenia .....

PESEL.....

W przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu  
potwierdzającego tożsamość .....

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**

<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 o niepełnosprawności - (osoba do 16 r. ż.)

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

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO 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:

**04-O CHOROBY NARZĄDU WZROKU**

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

nie dotyczy

**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

Dodatkowe informacje: osoba niepełnosprawna jest osobą:  niesłyszącą  nie dotyczy

<b>OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI</b> <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>		
<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> 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.....		
<b>NAZWA I ADRES PLACÓWKI</b>		
Nazwa placówki .....		
.....		
klasa/rok .....	Kod pocztowy .....	
Miejscowość .....	ulica .....	Nr domu .....
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO</b> (o ile dotyczy) <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>		
Zarejestrowana/y w urzędzie pracy jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy i nie pozostająca/nie pozostający w zatrudnieniu		
<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"/> działalność rolnicza	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
Miejsce prowadzenia działalności: .....		

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny 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>							
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:</b> .....							
.....							
<b>Uwaga!</b> 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.							

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) <b>Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu.</b></p> <p><b>Cel programu:</b>  <b>Przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się</b></p> <p><b>W przypadku ubiegania się o ponowne udzielenie pomocy na ten sam cel należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) <b>Czy niepełnosprawność Podopiecznego jest sprzężona</b> (u Podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona <b>w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) <b>Czy Wnioskodawca /na rzecz Podopiecznego/ po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie danego Obszaru/Zadania w ramach programu „Aktywny samorząd” ze środków PFRON?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) <b>Osoba niepełnosprawna w 2018 lub w 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</b></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><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> <p style="text-align: right;"><b>STRONA 5</b></p>

## **DODATKOWE WYJAŚNIENIA:**

### **Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w Module I, Obszar C, Zadanie 1:**

- znaczny stopień niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności,
- zatrudnienie lub nauka lub potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy albo do podjęcia nauki w wyniku wsparcia udzielonego w programie,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym.

**Osoba w wieku aktywności zawodowej** – należy przez to rozumieć pełnoletnie osoby, które nie osiągnęły wieku emerytalnego.

**Dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym (w przypadku Obszaru C Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim; oceniając zasadność dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym należy brać pod uwagę, czy:

- korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja),
- zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej;

**Nauka (w przypadku Obszaru C Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć naukę w ramach każdej z form edukacji przewidzianych w art. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148), a także w szkole wyższej lub w ramach przewodu doktorskiego otwartego poza studiami doktoranckimi.

**Zatrudnienie** – należy przez to 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 rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019 r. poz. 299, z późn. zm.),
- d) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
- e) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.),
- f) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, 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 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).

**Wózek inwalidzkim o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć wózek inwalidzki wyposażony w napęd elektryczny i akumulatory, przeznaczony do przemieszczania się głównie wewnątrz, ale także na zewnątrz pomieszczeń, wraz z wyposażeniem, także dodatkowym; wózek poprawia lub utrzymuje wydolność osoby niepełnosprawnej ruchowo w zakresie mobilności użytecznej w czynnościach codziennych i samoobsłudze, a także uczestniczenia społecznego (w szczególności uczestniczenia w edukacji, wykonywania pracy zarobkowej).