

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I

(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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.)

| Informacje dotyczące wnioskodawcy (dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|------------------|----------------------------------|--|-----------|--|--|--|------|---------|--|-----------|--|
| Imię i nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | | | pleć | kobieta | | mężczyzna | |
| Gospodarstwo domowe: | | <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) | | | | | <input type="checkbox"/> wspólne | | | | | | | | | | |
| Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | Nr lokalu | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | | | | |
| województwo | | | | | | Powiat | | | | | | | | | | | |
| Kontakt telefoniczny*: | | | | | | Tel. Komórkowy*: | | | | | | | | | | | |
| Adres e'mail* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | Nr lokalu | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | | | | |
| województwo | | | | | | Powiat | | | | | | | | | | | |
| Kontakt telefoniczny*: | | | | | | Tel. Komórkowy*: | | | | | | | | | | | |
| Adres e'mail* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informacje dotyczące podopiecznego | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | | | pleć | kobieta | | mężczyzna | |

Proszę o dofinansowanie*/sfinansowanie

| | | |
|------------|---|--------------------------|
| A-1 | pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu) | <input type="checkbox"/> |
| A-2 | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu) | <input type="checkbox"/> |
| A-3 | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego) | <input type="checkbox"/> |
| A-4 | pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu) | <input type="checkbox"/> |
| B-1 | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu rąk) | <input type="checkbox"/> |
| B-2 | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | <input type="checkbox"/> |
| B-3 | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku) | <input type="checkbox"/> |
| B-4 | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy) | <input type="checkbox"/> |
| C-2 | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności) | <input type="checkbox"/> |
| C-3 | pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości (adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności) | <input type="checkbox"/> |
| C-4 | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne - co najmniej na III poziomie jakości (adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności) | <input type="checkbox"/> |
| C-5 | pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania) | <input type="checkbox"/> |
| D | pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką, pomoc adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka) | <input type="checkbox"/> |

Wysokość dofinansowania o które ubiega się wnioskodawca

| | |
|--|-----|
| Wartość brutto przedmiotu dofinansowania | zł. |
| wysokość wkładu własnego | zł. |
| Wnioskowane dofinansowanie | zł. |
| słownie | zł. |

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku*

numer rachunku bankowego:

- - - - -

nazwa banku

| Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny | <input type="checkbox"/> I grupa | |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany | <input type="checkbox"/> II grupa | |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki | <input type="checkbox"/> III grupa | |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż | <input type="checkbox"/> | | |
| Rodzaj niepełnosprawności | | | |
| dysfunkcja obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> | | |
| dysfunkcja obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> | | |
| dysfunkcja jednej kończyny górnej | <input type="checkbox"/> | | |
| dysfunkcja jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> | | |
| dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> | | |
| dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> | | |
| Inne przyczyny | <input type="checkbox"/> | | |
| Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego | <input type="checkbox"/> | | |
| Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie | <input type="checkbox"/> | | |
| Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie | <input type="checkbox"/> | | |
| Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | | | |
| wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku | | | |
| liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi | | | |
| Aktywność zawodowa- zatrudnienie | | | |
| Nie dotyczy | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> od dnia..... | <input type="checkbox"/> do dnia..... | <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony | <input type="checkbox"/> inny, jaki:..... |
| Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy | | | |
| | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | | |
| Działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> | | |
| Rejestracja w Urzędzie Pracy | | | |
| Nie dotyczy | | | <input type="checkbox"/> |
| Osoba bezrobotna | | | <input type="checkbox"/> |

