

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**

|            |   |                          |
|------------|---|--------------------------|
| <b>A-1</b> | 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"/> |
| <b>A-2</b> | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu)  | <input type="checkbox"/> |
| <b>A-3</b> | 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"/> |
| <b>A-4</b> | 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>B-1</b> | 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>B-2</b> | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania   | <input type="checkbox"/> |
| <b>B-3</b> | 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>B-4</b> | 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"/> |
| <b>C-2</b> | 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"/> |
| <b>C-3</b> | 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"/> |
| <b>C-4</b> | 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"/> |
| <b>C-5</b> | 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"/> |
| <b>D</b>   | 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"/>                  |

| Osoba poszukująca pracy (nie pozostająca w zatrudnieniu)   | <input type="checkbox"/>                    |  |                              |
|--|---|--|------------------------------|
| Okres rejestracji w Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach)  | <input type="checkbox"/>                    |  |                              |
| <b>Aktualnie realizowany przez wnioskodawcę poziom edukacji</b>  |   |  |                              |
| <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        |  |                              |
| <b>Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b>  |   |  |                              |
| informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat  |   |  |                              |
| nazwa udzielonego wsparcia   | wysokość dofinansowania                     | numer i data zawarcia umowy                  | termin jej rozliczenia       |
|  |   |  |                              |
|  |   |  |                              |
|  |   |  |                              |
| <b>łącznie</b>   |   |  |                              |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:   |   | tak <input type="checkbox"/>                 | nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:<br>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: |   | tak <input type="checkbox"/>                 | nie <input type="checkbox"/> |
| .....  |   |  |                              |
| <b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął   |   |  |                              |

|   |
|---|
| <b>Uzasadnienie wniosku</b>   |
| <u>Uwaga:</u> wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu! |
|   |
|   |
|   |

\*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych: numer telefonu i email zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, adres: ul. 11 Listopada 68, 07-410 Ostrołęka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

Data..... podpis wnioskodawcy.....

**Pouczenie:**

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.