

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"/>

Osoba poszukująca pracy (nie pozostająca w zatrudnieniu)	<input type="checkbox"/>
Okres rejestracji w Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach)	<input type="checkbox"/>

Aktualnie realizowany przez wnioskodawcę poziom edukacji		
<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	

Corzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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
łącznie			

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:
.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Uzasadnienie wniosku

Uwaga: 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.