

Nr sprawy: PCPR.....4820.....
Podpis pracownika:



Wypełnia Realizator programu, tj. PCPR w Cieszynie, ul. Bobrecka 29

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – część A

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.

<input type="checkbox"/> Obszar A1	<input type="checkbox"/> Obszar A2	<input type="checkbox"/> Obszar B1
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowanie do posiadanego samochodu	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B2	<input type="checkbox"/> Obszar C1	<input type="checkbox"/> Obszar C2
Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C3	<input type="checkbox"/> Obszar C4	
Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprcieszyn.ox.pl

1. Informacje Wnioskodawcy i dziecka / podopiecznym – należy wypełnić wszystkie pola

1.1. Dane personalne Wnioskodawcy:

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniur.

przez..... data ważności dokumentur.

Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

PESEL

Wnioskodawca jest osobą:

samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:

samodzielne

wspólne

1.1.1. Adres zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC)*:

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica nr domunr lok.

Powiat Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

*ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; **można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;**

1.1.2. Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

.....
.....

Kontakt telefoniczny :

.....

e-mail:

.....

1.2. Dane dotyczące dziecka / podopiecznego, zwanego dalej podopiecznym:

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Płeć: kobieta mężczyzna Pełnoletni: tak nie

PESEL

1.2.1. Adres zamieszkania zgodnie z art. 25 KC* (jeśli jest inny niż Wnioskodawcy):

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica nr domunr lok.

Powiat Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

1.3. Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa - media

- Realizator programu (PCPR) - PFRON

- inne, jakie:

.....

1.4. Dane rachunku bankowego wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

numer rachunku bankowego

nazwa banku

1.5. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności:

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji / znaczny stopień / I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy / umiarkowany stopień / II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy / lekki stopień / III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:

okresowo do dnia: bezterminowo

1.6. Rodzaj niepełnosprawności:

1.6.1. Narząd ruchu 05-R, w zakresie:

<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych,		<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej,		<input type="checkbox"/> innym:
<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych,		<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej,	

Wnioskodawca porusza/nie porusza się przy pomocy sprzętu ortopedycznego:

Podopieczny nie posiada wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

1.6.2. Narząd wzroku 04-O, w zakresie:

<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Lewe oko:	Prawe oko:
	Ostrość wzoru (w korekcji):	Ostrość wzoru (w korekcji):
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

1.6.3. Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

01-U - Upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R choroby narządu ruchu

06-E epilepsja

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

08-T choroby układu pokarmowego

09-M choroby układu moczowo – płciowego

10-N choroby neurologiczne

11-I inne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

1.7. Obecnie podopieczny jest wychowankiem/ucniem placówki:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> żłobek,
<input type="checkbox"/> przedszkole,
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa,
<input type="checkbox"/> gimnazjum,
<input type="checkbox"/> trzyletnia 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:
<input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nazwa i adres placówki:

Nazwa placówki: klasa/rok kod pocztowy

Miejscowość: ulica: Nr domu:

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

Ośrodek szkolno-wychowawczy: tak, nie

Internat: tak, nie

Nauka prowadzi do:

zadania matury, uzyskania średniego wykształcenia, uzyskania zawodu, nie dotyczy;

Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?

tak, nie

1.8. Aktywność zawodowa podopiecznego wnioskodawcy (o ile dotyczy):

niezatrudniona/y bezrobotna/y poszukująca/y pracy

zatrudniona/y działalność gospodarcza

Nr NIP:

działalność rolnicza

nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), 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)	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

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*:

* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć:

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. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować**. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. 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.

INFORMACJE WNIOSKODAWCY:

3.1. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania, w przypadku ubiegania się po raz kolejny o dofinansowanie w takim samym zakresie, należy dodatkowo uzasadnić, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb):

.....
.....
.....
.....
.....

3.2. Czy podopieczny podnosi swoje kwalifikacje zawodowe?

tak

nie nie dotyczy

3.3. Czy podopieczny działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych?

tak

nie

3.4. Czy podopieczny aktywnie poszukuje pracy lub przygotowuje się do jej podjęcia lub do podjęcia dalszego kształcenia?

- tak
- nie nie dotyczy

3.5. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi podopiecznemu wejście na rynek pracy?

- tak nie nie dotyczy

3.6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi podopiecznemu rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?

- tak nie nie dotyczy

3.7. Czy podopieczny uczy się w szkole ponadgimnazjalnej i wykazuje osiągnięcia w nauce i wychowaniu?

- tak
- nie nie dotyczy

3.8. Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?

- tak nie

3.9. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.

- tak nie nie dotyczy
-

3.10. Czy Wnioskodawca zamierza kupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C, Zadanie 1 programu)

- tak nie nie dotyczy

(Jeśli Wnioskodawca zamierza kupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 10 pkt.)

Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.