



WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu 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. (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową		
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar D pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach programu	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/> Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu..... ważny do dnia.....

przez.....

PESEL Stan cywilny

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

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 nr telefonu.....

e'mail

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania w ramach
programu

-firma handlowa

-media

-Realizator programu

-PFRON

-inne

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia	<input type="checkbox"/> narząd wzroku	<input type="checkbox"/> narząd słuchu
<input type="checkbox"/> narząd ruchu <input type="checkbox"/> obie kończyny górne <input type="checkbox"/> obie kończyny dolne <input type="checkbox"/> jedna kończyna górna <input type="checkbox"/> jedna kończyna dolna <input type="checkbox"/> inna:		
Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego ręcznego: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> niesamodzielnie</div>		
Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak		
<input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie:		

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy:
<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	Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy:
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanej w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym	
Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych na 1 osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek	

WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA (nie dotyczy Modułu II)

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa

klasa/rok Kod pocztowy Miejscowość

ulica, nr

Telefon kontaktowy do szkoły:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON (dotyczy okresu 3 lat wstecz przed rokiem złożenia w/w wniosku)? nie tak

Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania	Beneficjent	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:						

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON i realizatora programu: nie tak
 Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

.....

.....

Uwaga!

W ramach programu „Aktywny samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Przez „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,

