

Data wpływu do PCPR w Koninie:.....

Nr sprawy:.....

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



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.

	C2 – POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM
	C3 – POMOC W ZAKUPIE PROTEZY KOŃCZYNY, W KTÓREJ ZASTOSOWANO NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA TECHNICZNE TJ. PROTEZY CO NAJMNIEJ NA III POZIOMIE JAKOŚCI
	C4 – POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEJ PROTEZY KOŃCZYNY, W KTÓREJ ZASTOSOWANO NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA TECHNICZNE TJ. PROTEZY CO NAJMNIEJ NA III POZIOMIE JAKOŚCI

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
rodzic dziecka	opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię.....	Nazwisko.....
PESEL	Data urodzenia
Płeć: kobieta mężczyzna	Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty
Dowód osobisty seria	numer
..... wydany przez	
data wydania...../ ważny do	
Nr telefonu:..... e'mail.....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy..... <small>(poczta)</small>	Kod pocztowy..... <small>(poczta)</small>
Miejscowość	Miejscowość
ulica	ulica
Nr domu Nr lok. Powiat	Nr domu Nr lok. Powiat
Województwo	Województwo
miasto < 5 tys. mieszkańców	miasto >= 5 tyś mieszkańców wieś
DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”	

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko

Data urodzenia: r. PESEL

Pełnoletni: tak nie Płeć: kobieta mężczyzna

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

01-U - upośledzenie umysłowe; 02-P - choroby psychiczne; 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu; osoba głucha 04-O - choroby narządu wzroku; osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma 05-R - upośledzenie narządu ruchu; jednej kończyny górnej obu kończyn górnych jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych innym	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; dysfunkcja narządu ruchu osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego 11-I - inne, 12 - C – całościowe zaburzenia rozwojowe dysfunkcja narządu ruchu
osoba nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
osoba porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego elektrycznego	
osoba porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego	

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

ŻŁOBEK	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA PODSTAWOWA
GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka		nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki

klasa/rok Kod pocztowy Miejscowość

ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat)

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:..... nie dotyczy

bezrobotna/y poszukująca/y pracy **Należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie z PUP**

Zatrudniony – okres: od dnia: do dnia:

na czas nieokreślony..... na inny okres.....

Rodzaj zatrudnienia:

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę (na czas nieokreślony bądź określony nie krótszy niż 3 mies.)

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania bądź spółdzielczej umowy o pracę (jeśli jego czas jest określony to nie może być krótszy niż 3 miesiące)

Prowadzę działalność rolniczą – ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników z dnia 20 grudnia 1990r. z późn.zm.

Prowadzę działalność gospodarczą – ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 02 lipca 2004r. z późn.zm.

Pozostaję w stosunku pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej (nie krócej niż 6 miesięcy – okresy umów obowiązujących po sobie sumują się)

Odbynam staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.)

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Działalność gospodarcza – NIP:

Działalność rolnicza – miejsce prowadzenia:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

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	nie
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:							