

Wniosek złożono w PCPR w Myszkowie  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b><br>pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b><br>pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b><br>dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b><br>pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b><br>pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym             |   |

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

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka    ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... PESEL ..... Płeć: ☐ kobieta    ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y    ☐ zamężna/żonaty

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - zamiar pobytu stałego

Kod pocztowy ..... - .....  
(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców    ☐ inne miasto    ☐ wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy.....-.....  
(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ..... nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania  
dofinansowania w ramach  
programu

☐ - firma handlowa    ☐ - media    ☐ - PCPR Myszków    ☐ - PFRON    ☐ - inne, jakie:

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL .....

Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy..... -.....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś**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 życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**☐ NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐☐ NARZĄD WZROKU 04-O☐ osoba niewidoma☐ osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):☐ 01-U upośledzenie umysłowe☐ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu☐ 07-S choroby układu oddechowego i krążenia☐ 09-M choroby układu moczowo - pęciowego☐ 11-I inne☐ 02-P choroby psychiczne☐ 06-E epilepsja☐ 08-T choroby układu pokarmowego☐ 10-N choroby neurologiczne☐ 12-C całościowe zaburzenia rozwojoweSzczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM 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 i 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)**

|  |   |
|--|---|
| <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:<br>od dnia:..... do dnia: .....<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....  | Nazwa pracodawcy:<br>.....<br>.....<br>.....<br>Adres miejsca pracy:<br>.....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:<br>.....                         |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy |   |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza<br>Nr NIP: .....  | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....<br><input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza  | Miejsce prowadzenia działalności: .....   |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:   | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:                            | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:<br>.....<br>.....          |                              |                              |
| <b>Uwaga!</b> 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|---|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)   | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent<br>(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:   |  |  |                             |                    |                        |   |

### 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** (np. *fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku. 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.

| Pytanie/zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy  |
|--|--|
| 1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu) (można otrzymać max 30 pkt.)  | Uzasadnienie należy opisać jako załącznik do wniosku w odniesieniu do celów programu oraz udawadniając w jaki sposób wnioskowany sprzęt podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia.                     |
| 2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.   | <input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności<br><input type="checkbox"/> - nie<br><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności   |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca 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)?   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie  |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?   | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)<br><input type="checkbox"/> - nie   |
| 5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)   | Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu <i>skuter</i> , merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.<br><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?<br>np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.<br>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>.....   |
| 7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko / /podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie  |

**Deklaracja bezstronności**
**Oświadczam, że:**

- 1)nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2)nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3)nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4)nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

| Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|---|--|---|---|
|   |  |   |   |

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

| Lp.  | Warunki weryfikacji formalnej:   | Warunki weryfikacji formalnej spełnione ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ): | UWAGI                                     |
|--|--|--|---|
| 1  | Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania                                  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| 2  | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| 3  | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| 4  | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B2 i C2)   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| 5  | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| 6  | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| 7  | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| Data weryfikacji formalnej wniosku:                                |  | ...../...../ 20.... r.   |   |
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>                               |  | <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>                              | <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b> |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:<br>..... |  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia                                 |  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |   |

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20.... r. (o ile dotyczy)**

**Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie**

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../ ...../ 20.....r. (o ile dotyczy)

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

|   |                       |   |   |
|---|-----------------------|---|---|
| Pieczęć imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | Liczba punktów ogółem | Proponowana kwota dofinansowania<br>(w złotych) | Opinia eksperta (o ile dotyczy)<br>wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem<br>w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń |
|   | .....                 | .....   | pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/><br><br>data i czytelny podpis eksperta            |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**pozytywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....negatywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 |
| ..... zł   | ..... zł   | ..... zł   |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 |  |
| ..... zł   | ..... zł   |  |

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

Myszków, dnia .....20..... r.

/data/

.....  
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczęćki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: