

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia OPS Rybnik

program finansowany ze środków PFRON

## 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.

### Część A wniosku (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

| <input type="checkbox"/> Moduł I   |   | <input type="checkbox"/> Moduł II<br>pomoc w uzyskaniu<br>wykształcenia na<br>poziomie wyższym |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1<br>Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu                       | <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2<br>pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B   |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1<br>pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania           | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2<br>dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania                 |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1<br>pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                              | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2<br>pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                             |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3<br>pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4<br>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                    |   |  |

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

| DANE PERSONALNE   |  |
|---|--|
| Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.   |  |
| Dowód osobisty: numer ..... data wydania.....r. termin ważności.....r.  |  |
| Organ wydający..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |  |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne   |  |

| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały  | ADRES ZAMELDOWANIA<br>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)   |
|---|---|
| Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br>(pocztą) | Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br>(pocztą) |
| Miejscowość .....   | Miejscowość .....   |
| Ulica .....   | Ulica .....   |
| Nr domu ..... nr lokalu .....   | Nr domu ..... nr lokalu .....   |
| Powiat .....Województwo .....   | Powiat .....Województwo .....   |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):  | Kontakt telefoniczny: .....   |
|   | e' mail .....   |

|   |   |
|---|---|
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - OPS Rybnik <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: |
|---|---|

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej  
 obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

|  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma           | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma     | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod / symbol):

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y:  na czas nieokreślony,  określony od dnia..... do dnia.....  
 data pierwszego zatrudnienia (rok).....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę,  umowa cywilnoprawna  
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę,  staż zawodowy

**działalność gospodarcza**  
nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanej w urzędzie:  
.....  
 inna, i na jakiej podstawie.....

**działalność rolnicza**  
Miejsce prowadzenia działalności:  
.....

Nazwa aktualnego pracodawcy i adres miejsca pracy:  
.....

Nr telefonu pracodawcy (pot. zatrudnienia):  
.....

| <b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>  |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> podstawowe   | <input type="checkbox"/> gimnazjalne        | <input type="checkbox"/> zawodowe            |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne                                     | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe   | <input type="checkbox"/> policealne          |
| <input type="checkbox"/> wyższe   | <input type="checkbox"/> inne, jakie:       |  |
| <b>OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I</b>                |   |  |
| <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         |
| <b>NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</b>               |   |  |
| Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....                       |   |  |
| Miejscowość ..... ulica ..... nr domu .....                                 |   |  |
| Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....   |   |  |

## 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, OPS? |   |  |                             |                    |                        | tak <input type="checkbox"/>                           | nie <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)  | Przedmiot dofinansowania<br>(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) |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....   | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>   |   |  |                             |                    |                        |  |                              |

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 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: .....                      |                              |                              |
| .....  |                              |                              |
| <b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |                              |                              |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I**

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedź 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, umieszczonego w tabeli nr 7 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 powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy   |
|--|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)   | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.  | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>   |
| 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)?   | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?   | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>  |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?               | <p><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)   | <p><b>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| 7) 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |