

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.

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

**1. Informacje o Wnioskodawcy** *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY		
Imię..... Nazwisko.....		
PESEL ..... Data urodzenia ..... r.		
Płeć:    kobieta    mężczyzna                      Stan cywilny:    wolna/y    zamężna/zonaty		
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany przez .....		
data wydania...../...../ ważny do .....		
Nr telefonu:..... e'mail.....		
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (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 tys mieszkańców                      wieś		
STAN PRAWNY DOT. 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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:      okresowo do dnia: .....		bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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	

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....	nie dotyczy
bezrobotna/y                      poszukująca/y pracy	<b>Należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie z PUP</b>

Zatrudniony – okres: od dnia: ..... do dnia: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony..... <input type="checkbox"/> 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)

Odbywam 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:		
.....		
.....		
<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	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)	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							