



program finansowany ze środków PFRON



Powiat Kielecki - realizator programu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach

tel. 041 200-17-02

041 200-17-04

[www.pcpr.powiat.kielce.pl](http://www.pcpr.powiat.kielce.pl)

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum

Pomocy Rodzinie w Kielcach

data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Nr sprawy:

.....

Wypełnia Realizator programu

## 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 )

Moduł I-likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar A - Likwidacja bariery transportowej

Zadanie nr 1

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

Obszar B-Likwidacja barier w dostępie  
do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym

Zadanie nr 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

Zadanie nr 2

dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

Obszar C -Likwidacja barier w poruszaniu się

Zadanie nr 2

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/zonaty

<p><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b></p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....  <small>(pocztą)</small></p> <p>Miejscowość .....</p> <p>ulica .....</p> <p>Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców    <input type="checkbox"/> inne miasto    <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>                  (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....  <small>(pocztą)</small></p> <p>Miejscowość:                  .....</p> <p>Ulica:                  .....</p> <p>Nr domu ..... Nr lok. ....</p> <p>Województwo .....</p>
<p>Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....</p> <p>e'mail (o ile dotyczy): .....</p>	
<p><b>Adres korespondencyjny:</b> (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</p>	
<p>Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu</p>	<p><input type="checkbox"/> - firma handlowa    <input type="checkbox"/> - media    <input type="checkbox"/> - PCPR    <input type="checkbox"/> - PFRON</p> <p><input type="checkbox"/> - inne, jakie:</p>

<b>DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”</b>		
<p><b>DANE PERSONALNE</b></p> <p>Imię .....</p> <p>Nazwisko .....</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak                      <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Płeć:        <input type="checkbox"/> kobieta                      <input type="checkbox"/> mężczyzna</p>	<p><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b>                  (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....  <small>(pocztą)</small></p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... Nr lok. ....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców    <input type="checkbox"/> inne miasto                      <input type="checkbox"/> wieś</p>	
<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>		
<p><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji</p>	<p><input type="checkbox"/> znaczny stopień</p>	<p><input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka</p>
<p><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy</p>	<p><input type="checkbox"/> umiarkowany stopień</p>	<p><input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka</p>
<p><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy</p>	<p><input type="checkbox"/> lekki stopień</p>	<p><input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka</p>
<p><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia</p>		
<p>Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo</p>		

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpr.powiat.kielce.pl](http://www.pcpr.powiat.kielce.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/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:.....
  bezrobotna/y
  poszukująca/y pracy
  nie dotyczy





--	--	--	--

### WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	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: B4 i D)	<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: .....		<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

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

- 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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

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

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

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ :** .....

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis: \_\_\_\_\_

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: \_\_\_\_\_