

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sienkiewicza 20b 46-200 Kluczbork

Data Wpływu

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Nr wniosku:
RS.AS.4012. / 2013
Wypełnia Realizator programu

załącznik nr 2

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

Moduł I		Moduł II
Obszar A – Zadanie nr 1	Obszar A – Zadanie nr 2	
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	
Obszar B – Zadanie nr 1	Obszar B – Zadanie nr 2	
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
Obszar C – Zadanie nr 1	Obszar C – Zadanie nr 2	
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
Obszar C – Zadanie nr 3	Obszar C – Zadanie nr 4	
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
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 seria numer wydany w
dniu.....r.

przez..... Płeć: kobieta
mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

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 -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr
telefonu.....

nr tel.
komórkowego:.....

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

Źródło informacji o możliwości uzyskania
dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pcpr-kluczbork.pl

STRONA 2

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 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:				
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 (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - OSOBA GŁUCHA	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 rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA				
niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy				
zatrudniona/y: od dnia: do dnia:			Nazwa pracodawcy:	
na czas nieokreślony inny, jaki:			Adres miejsca pracy:	
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
działalność gospodarcza Nr NIP:	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie:.....			
działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:			

STRONA 3

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I		

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	INNA, jaka:
STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	STUDIA PODYPLOMOWE	STUDIA DOKTORANCKIE
STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		nie dotyczy
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA 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

[illegible]

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		

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 odpowiedzi na poniższe pytania i

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
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 powtórnego/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)	
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.	- tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - 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)?	- tak - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	- tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie
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)?	- nie - nie dotyczy - tak (proszę opisać):
6) 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 skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. - tak - nie
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.	- tak - nie

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU STRONA 7

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 oraz merytoryczną wniosku	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	- tak - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	- tak - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	- tak - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	- tak - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	- tak - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	- tak - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	- tak - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		- tak - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		- tak - nie	

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

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

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej// 20.... r. (o ile dotyczy)

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

STRONA 8

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: – dotyczy Modułu I						
KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała			Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:						
a)	stopień niepełnosprawności	znaczący (I grupa inwalidzka)	10	30		
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5			
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		10			
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące		5			
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5			
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5			
2 Aktywność zawodowa:						
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		15	25		
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10			
3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:						
a)	osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		70	70		
b)	osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		65			
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		60			
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		55			
4 Miejsce zamieszkania:						
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10		
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5			
5 Inne kryteria:						
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	45		
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5			
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10			
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.8 wniosku)		5			
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		20			
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		- 20			
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 180			
Minimalna liczba punktów, uprawniający do uzyskania dofinansowania wynosi:						

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
			pozytywna: negatywna: data i czytelny podpis eksperta

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

STRONA 9

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 w Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje 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):

Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1	Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2	Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1
..... zł	 z ł	 z ł
Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2	Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1	Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2
..... zł	 z ł	 z ł
Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3	Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4	Moduł I Obszar D
..... zł	 z ł	 z ł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... z ł	 z ł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... z ł	 z ł

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... z ł	 z ł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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

data

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

***pieczęćka imienna pracownika PCPR
przygotowującego/podpisującego umowę***

data, podpis:

***pieczęćka imienna Dyrektora PCPR
data, podpis:***