



**PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Wniosek złożono w Oddziale PFRON

Nr sprawy:

w..... w dniu

Wypełnia PFRON

WNIOSEK „P”

o dofinansowanie w ramach programu „**Pegaz 2003**” w module pomocy w aktywizowaniu osób niepełnosprawnych poprzez likwidowanie barier transportowych i w komunikowaniu się:

Obszar A - pomoc w zakupie/zakupie i montażu oprzyrządowania samochodu

Obszar B - pomoc w zakupie sprzętu komputerowego

Obszar C - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....

Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer

wydany przez w dniu

PESEL

Płeć: żeńska męska

ADRES ZAMELDOWANIA

(pobyt stały)

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

miasto wieś

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.

nr telefonu

ZATRUDNIENIE

zatrudniony nie zatrudniony nie dotyczy

miejsce pracy:.....

zawód wykonywany:.....

zarejestrowany w PUP jako: bezrobotny poszukujący pracy

WYKSZTAŁCENIE

niepełne podstawowe podstawowe zawodowe

średnie ogólne średnie zawodowe policealne

wyższe inne, jakie

OBECNY POZIOM KSZTAŁCENIA

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA LICEUM TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA KOLEGIUM, jakie

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz
jednolite magisterskie) STUDIA
PODYPLOMOWE STUDIA
DOKTORANCKIE

STUDIA ZAGRANICZNE INNY, jaki.....

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

NAUKA W SYSTEMIE: niestacjonarnym stacjonarnym

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy
i niezdolność do samodzielnej
egzystencji znaczny stopień
niepełnosprawności I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień
niepełnosprawności II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do
pracy lekki stopień
niepełnosprawności III grupa inwalidzka

Orzeczenie ważne: okresowo do bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU, w zakresie: kończyn górnych kończyn dolnych

NARZĄD SŁUCHU INNY, jaki

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (w ciągu ostatnich 5 lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON tak nie
(w tym poprzez samorząd powiatowy)

Cel (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Posiadam/ nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania

.....

.....

.....

*-niepotrzebne skreślić

OPINIA KOMISJI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

podpisy członków Komisji

..... dnia/ /200 ... r.

Data przekazania wniosku Pełnomocnikom Zarządu PFRON/ /200 .. r.

DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON

.....

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI _____ZŁ

..... dnia/ /200 ... r.

.....
podpisy Pełnomocników