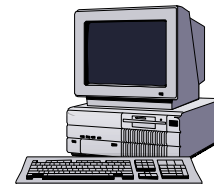




Załącznik nr 1 do Procedur  
**PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**



Wniosek złożono w Oddziale PFRON  
w .....  
w dniu .....

Numer sprawy (wypełnia PFRON):

## **WNIOSEK „P”**

o dofinansowanie w ramach programu „**KOMPUTER DLA HOMERA 2003** -  
Program pomocy w zakupie sprzętu elektronicznego oraz oprogramowania  
umożliwiającego rehabilitację zawodową i społeczną osób niewidomych i  
niedowidzących”

informacje o programie: **[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)** - zakładka „Programy PFRON”

### **1. Informacje o Wnioskodawcy**

### DANE PERSONALNE

Imię ..... Nazwisko .....  
 Data urodzenia .....r. Dowód osobisty seria ..... numer .....  
 wydany przez ..... dnia ..... 200... roku

Płeć:    żeńska                      męska                      PESEL

#### ADRES ZAMELDOWANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy                      -  
 Miejscowość .....  
 Ulica .....  
 Nr domu ..... Nr m. ....  
 Powiat .....  
 Województwo .....  
 miasto                              wieś

#### ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały)

Kod pocztowy                      -  
 Miejscowość .....  
 Ulica .....  
 nr domu ..... nr m. ....  
 Powiat .....  
 Województwo .....  
 nr telefonu .....  
 nr telefonu komórkowego.....  
 e – mail .....

### ZATRUDNIENIE

zatrudniony              niezatrudniony  
 zarejestrowany jako:    bezrobotny              poszukujący pracy  
 miejsce pracy:.....  
 zawód wykonywany:.....

### WYKSZTAŁCENIE

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| niepełne podstawowe | średnie zawodowe |
| podstawowe          | policealne       |
| zawodowe            | wyższe           |
| średnie ogólne      | inne .....       |

|                                                                                                                                              |                        |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| NAUKA                                                                                                                                        |                        |                       |
| nazwa szkoły/uczelni .....                                                                                                                   |                        |                       |
| rok studiów/klasa .....                                                                                                                      | studia/szkoła: dzienne | zaoczne               |
| internistyczne                                                                                                                               | wieczorowe             | eksternistyczne       |
| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                                                                                                   |                        |                       |
| znaczny stopień niepełnosprawności<br>umiarkowany stopień niepełnosprawności<br>lekki stopień niepełnosprawności                             |                        |                       |
| całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji<br>całkowita niezdolność do pracy<br>częściowa niezdolność do pracy |                        |                       |
| I grupa inwalidzka                                                                                                                           | II grupa inwalidzka    | III grupa inwalidzka  |
| Ważność dokumentu    stała    okresowa do .....                                                                                              |                        |                       |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WZROKU WNIOSKODAWCY                                                                                                |                        |                       |
| osoba niedowidząca                                                                                                                           | osoba niewidoma        | osoba głuchoniewidoma |

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym poprzez samorząd powiatowy)                             |                                   |                    |                       |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|
| tak                      nie                                                                               |                                   |                    |                       |                     |
| Cel<br>(nazwa programu<br>i/ lub nazwa zadania<br>ustawowego, w ramach którego<br>przyznana została pomoc) | Numer i data<br>zawarcia<br>umowy | Kwota<br>przyznana | Termin<br>rozliczenia | Kwota<br>rozliczona |
| .....                                                                                                      | .....                             | .....              | .....                 | .....               |
| .....                                                                                                      | .....                             | .....              | .....                 | .....               |
| .....                                                                                                      | .....                             | .....              | .....                 | .....               |
| .....                                                                                                      | .....                             | .....              | .....                 | .....               |
| .....                                                                                                      | .....                             | .....              | .....                 | .....               |

|                                                                                                                                                                         |                           |  |                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|--|
|                                                                                                                                                                         | Razem kwota<br>przyznana: |  | Razem kwota<br>rozliczona: |  |
| Posiadam/ nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.<br>Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania .....<br>.....<br>*-niepotrzebne skreślić |                           |  |                            |  |

**3. Uzasadnienie składanego wniosku** (w tym projekt działań mających na celu aktywizację zawodową lub/i społeczną, która zostanie zrealizowana dzięki pomocy udzielonej w ramach programu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....