

**Informacja dotycząca realizacji pilotażowego programu programu "Aktywny samorząd"
w 20..... r.**

Na podstawie umowy nr z dnia

stan na dzień: 30 września 20..... roku*

stan na dzień: 31 grudnia 20..... roku*

**Realizacja programu w 20..... roku
Liczba Beneficjentów pomocy ogółem (środki wypłacone)**

L.p.	Obszar wsparcia	osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym	osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym	osoby z orzeczeniem niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.)
1.	2.	3.	4.	5.
1	Obszar A			
2	Obszar B1 - dysfunkcja obu kończyn górnych		x	
	Obszar B1 - dysfunkcja narządu wzroku		x	
3	Obszar B2		x	
4	Obszar B3		x	
5	Obszar B4 - dysfunkcja obu kończyn górnych		x	
	Obszar B4 - dysfunkcja narządu wzroku		x	
6	Obszar C		x	
7	Obszar D		x	
8	Obszar E			x
9	Obszar F/przyczyna orzeczenia - R			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - O			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - P			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - L			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - S			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - N			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - T			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - U			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - E			x
Obszar F/przyczyna orzeczenia - wszystkie inne rodzaje niepełnosprawności			x	
RAZEM:				

* należy zaznaczyć właściwe, dokument należy złożyć dwukrotnie do właściwego terytorialnie Oddziału PFRON:

- 1) wg stanu na dzień 30 września danego roku realizacji programu - informację należy złożyć do dnia 15 października (informacja powinna uwzględnąć ewentualne wnioski przekazane drogą pocztową)
- 2) wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku realizacji programu - informację należy złożyć do dnia 15 stycznia roku następującego po danym roku realizacji programu

Realizacja programu w 20.....roku
Kwoty wypłacone ogółem

L.p.	Obszar wsparcia	osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym	osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym	osoby z orzeczeniem niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.)
1.	2.	3.	4.	5.
1	Obszar A			
2	Obszar B1 - dysfunkcja obu kończyn górnych		x	
	Obszar B1 - dysfunkcja narządu wzroku		x	
3	Obszar B2		x	
4	Obszar B3		x	
5	Obszar B4 - dysfunkcja obu kończyn górnych		x	
	Obszar B4 - dysfunkcja narządu wzroku		x	
6	Obszar C		x	
7	Obszar D		x	
8	Obszar E			x
9	Obszar F/przyczyna orzeczenia - R			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - O			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - P			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - L			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - S			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - N			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - T			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - U			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - E			x
	Obszar F/przyczyna orzeczenia - wszystkie inne rodzaje niepełnosprawności			x
RAZEM:				

.....

podpisy i pieczętki imienne osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu Realizatora

Informację sporządzono dnia.....r.

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie informacji:
 tel. kontaktowy: e'mail:.....