



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Program finansowany
ze środków PFRON

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum
Pomocy Rodzinie w Augustowie

w dniu:

Nr sprawy:.....

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)**

**Moduł I Obszar B Zadanie 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego
lub jego elementów oraz oprogramowania**

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.

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 urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny do dniar.

PESEL

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

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:

* w przypadku, gdy adres zameldowania jest inny niż miejsce zamieszkania należy dostarczyć dokument potwierdzający, iż miejsce zamieszkania jest miejscowością, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

STRONA 2

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

Kontakt telefoniczny:.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ 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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

☐ NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:☐ obu kończyn górnych☐ jednej kończyny górnej☐ obu kończyn dolnych☐ jednej kończyny dolnej☐ innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny 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 (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):☐ 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 - płciowego☐ 11-**I** inne☐ 02-**P** choroby psychiczne☐ 06-**E** epilepsja☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego☐ 10-**N** choroby neurologiczne☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

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: <input type="checkbox"/> - (od 1 do 6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej:		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):		
.....		
.....		
.....		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:	<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP: od dnia: (miesiąc, rok)	
<input type="checkbox"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia:	Nazwa pracodawcy:	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Adres miejsca pracy:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie:	
<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
.....		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

STRONA 4

Czy Wnioskodawca, podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)?					tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	Beneficjent (stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy Wnioskodawca/podopieczny w ciągu 5 lat otrzymał dofinansowanie na cel/przedmiot dofinansowania, na który obecnie składa wniosek (w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <i>Jeżeli tak, to kiedy i na jaki przedmiot</i>
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) 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.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu i informacja czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.	

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	CENA brutto (kwota w zł) - zgodnie z ofertą cenową
Sprzęt elektroniczny:	
Czy wnioskowany przedmiot dofinansowania jest urządzeniem brajlowskim? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
RAZEM	

5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Cena brutto (w zł) - zgodnie z ofertą cenową	Kwota wnioskowana (w zł)	Kwota udziału własnego (w zł) - co najmniej 10% ceny brutto

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ W CIĄGU 3 LAT POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach rodzaj sprzętu także w roku w ramach rodzaj sprzętu

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego niezbędnego przy realizacji zadania w wysokości **co najmniej 10% ceny brutto** nie pochodzące ze środków PFRON i/lub NFZ,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,

STRONA 6

6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem/am** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak ☐ nie
8. zobowiązuje się bezzwłocznie zgłosić informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
9. po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, nie naruszyłem/am warunków umowy (m. in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy).

..... dniar.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr2 do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) - <u>należy wypełnić właściwy załącznik zgodnie z rodzajem niepełnosprawności</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oferta cenowa na sprzęt elektroniczny lub jego elementy oraz oprogramowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie potwierdzające, iż podany adres zamieszkania jest miejscowością z zamiarem stałego pobytu (w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż miejsce zamieszkania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokumenty potwierdzające uczęszczanie do szkoły (zaświadczenie ze szkoły, w tym informacja o średniej ocen lub udziale w konkursach, olimpiadach szkolnych, wyróżnieniach, wolontariacie z okresu 3 lat od daty złożenia wniosku) lub potwierdzające aktywność zawodową (np. potwierdzenie zarejestrowania w PUP lub zatrudnienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Ewentualnie - dokumenty potwierdzające podnoszenie kwalifikacji zawodowych z okresu 3 lat od daty złożenia wniosku (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych, współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Ewentualnie – dokumenty świadczące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakoś wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Ewentualnie – dokumenty potwierdzające szczególne utrudnienia (dot. pkt 3 ppkt 4 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				