

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**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 WNIOSKODAWCY – NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię Nazwisko Data urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... ważny do dniar	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały* Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - 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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> 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: ☐

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:	Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):	Ostrość wzoru (w korekcji):
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA				
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<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	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<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:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> 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

Czy Wnioskodawca 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:							
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							

[illegible]

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 brailowskim? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NI	
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 przyjęłam/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).

..... dnia r.

.....
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	<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 nr 2 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) - należy wypełnić właściwy załącznik zgodnie z rodzajem niepełnosprawności	<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.	Dokumenty potwierdzające uczęszczanie do szkoły lub aktywność zawodową (np. potwierdzenie zarejestrowania w PUP lub zatrudnienia, zaświadczenia ze szkoły)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	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"/>	
9.	Ewentualnie – dokumenty świadczące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Ewentualnie – dokumenty potwierdzające szczególne utrudnienia (dot. pkt 3 pkt 5 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				