



### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko	.....	Data urodzenia	.....
Dowód osobisty	Seria, numer .....	Wydany w dniu	.....
	Wydany przez.....	Ważny do dnia	.....
Płeć	.....	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Czy dziecko/podopieczny zamieszkuje razem z Wnioskodawcą	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b> (należy uzupełnić w przypadku gdy dane różnią się od danych dotyczących Wnioskodawcy)			
Ulica	.....	Nr domu .....	Nr lokalu .....
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)			
Ulica	.....	Nr domu .....	Nr lokalu .....
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
		Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
<b>ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA</b>			
PCPR w Tucholi	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>
		PFRON	<input type="checkbox"/>
		Inne, jakie.....	

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK (wnioskodawcy **lub** dziecka/podopiecznego)

<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
	<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia	

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-0</b>				
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego)</b>				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> 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		<b>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:</b>		
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		.....		
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		.....		
<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b>		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....		
Nr NIP: .....		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>		<b>Miejsce prowadzenia działalności:</b> .....		

<b>AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA</b>		
<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:	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		



<p>2) Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Tak                      <input type="checkbox"/> Nie         </p> <p style="text-align: center;">Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)</p>
---	---

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar B1

<p><b>Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt komputerowy, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:</p>	<p style="text-align: center;"><b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b></p>
<p>Specjalistyczny sprzęt komputerowy i oprogramowanie:</p>	
<p>RAZEM</p>	
<p><b>Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić urządzenia lektorskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania</p>	<p style="text-align: center;"><b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b></p>
<p>Urządzenia lektorskie:</p>	
<p>RAZEM</p>	
<p><b>Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić urządzenia brajlowskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania</p>	<p style="text-align: center;"><b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b></p>
<p>Urządzenia brajlowskie:</p>	
<p>RAZEM</p>	

#### 5. Informacje uzupełniające

<p><input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO</p>
<p>CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA: <input type="checkbox"/> NIE    <input type="checkbox"/> TAK w ..... roku w ramach .....</p> <p>a także w ..... roku w ramach .....</p>

#### 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia	Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
B1		

Minimalny wkład własny wynosi 10% ceny brutto zakupu/usługi

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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"/>	
5.	Zaświadczenie lekarskie – lekarz specjalista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Oświadczam, że:

- Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpptuchola.pl](http://www.pcpptuchola.pl).
- W okresie ostatnich 3 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy, nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel:  tak -  nie.
- Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedmiocie dofinansowania (**co najmniej 10%** ceny brutto zakupu/usługi).
- 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.
- Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia ..... /..... /20... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**