

Wypełnia realizator
 Nr sprawy:
 Data wpływu:.....



Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

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

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.

Moduł I

Obszar B Zadanie 3

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

1. Informacje ogólne

WNIOSEK DOTYCZY:		<input type="checkbox"/> osoby dorosłej		<input type="checkbox"/> podopiecznego	
(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)					
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne <input type="checkbox"/>		wspólne <input type="checkbox"/>			
DANE WNIOSKODAWCY/PRZEDSTAWICIELA					
Imię i nazwisko	.....	Data urodzenia	.....	
Dowód osobisty* (* uzupełnić tylko w przypadku kiedy nie nadano numeru PESEL)	Seria, numer	Wydany w dniu	.....	
	Wydany przez.....	Ważny do dnia	.....	
PESEL		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejsce gdzie wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)					
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu		
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	□ □ - □ □ □		
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>		
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>		
		Wieś	<input type="checkbox"/>		
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)					
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu		
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	□ □ - □ □ □		
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>		
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>		
		Wieś	<input type="checkbox"/>		
ADRES DO KORESPONDENCJI	.....			
Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	.....			
DANE KONTAKTOWE: NR TELEFONU..... ADRES E-MAIL					

DANE 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"/>
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (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"/>
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (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"/>
ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA			
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** 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
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> 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: <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"/> NARZĄD WZROKU 04-O				
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<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"/> 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 (wnioskodawcy lub podopiecznego)				
<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 <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<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"/> działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności:		

AKTUALNIE RALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA		
<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		

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. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Odpowiedź
1) Uzasadnienie wniosku (w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2) Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie </div> Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar B3

Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt komputerowy, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Specjalistyczny sprzęt komputerowy i oprogramowanie:	
RAZEM	
Specyfikacja zakupu - proszę wymienić urządzenia lektorskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Urządzenia lektorskie:	
RAZEM	
Specyfikacja zakupu - proszę wymienić urządzenia brajlowskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/ oprogramowania	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Urządzenia brajlowskie:	
RAZEM	

5. 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 WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia	Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
B3		

Minimalny wkład własny wynosi 30% ceny brutto zakupu/usługi

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
	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 dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie – lekarz specjalista (w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane jest z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam, że:

1. 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).
2. 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,
3. 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, a także pod adresem: www.pcpptuchola.pl

4. 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,
5. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedmiocie dofinansowania (**co najmniej 30% ceny brutto zakupu/usługi**),
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. 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