

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 4

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

1. Informacje ogólne

WNIOSEK DOTYCZY:		☐ osoby dorosłej		☐ dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej	
(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)					
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne ☐ wspólne ☐					
DANE WNIOSKODAWCY/RODZICA/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	☐
Województwo	.....			Inne miasto	☐
				Wieś	☐
MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)					
Ulica	.....			Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....			Kod pocztowy	-
Powiat	.....			Miasto do 5 tys. mieszkańców	☐
Województwo	.....			Inne miasto	☐
				Wieś	☐
ADRES DO KORESPONDENCJI		.....			
Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania					
DANE KONTAKTOWE: NR TELEFONU..... ADRES E-MAIL					

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
 ☐ obu kończyn górnych
 ☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych
 ☐ jednej kończyny dolnej
 ☐ 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: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**

☐ **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 |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego)

☐ niezatrudniona/y: od dnia: ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia:

☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ umowa cywilnoprawna

☐ staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

☐ **działalność gospodarcza**

Nr NIP:

☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

☐ **działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności:

AKTUALNIE RALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

☐ podstawowe
 ☐ gimnazjalne
 ☐ zawodowe

☐ średnie ogólne
 ☐ średnie zawodowe
 ☐ policealne

☐ wyższe
 ☐ inne, jakie:

☐ nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od roku poprzedzającego złożenie wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak ☐ nie ☐
Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia	Kwota przyznana (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak ☐ nie ☐
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak ☐ nie ☐
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął	

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?	☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)
--	--

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar B4

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

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: ☐ 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: ☐ NIE ☐ 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)
B4		

Minimalny wkład własny wynosi 10% 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)	☐	☐	
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)	☐	☐	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
5.	Zaświadczenie lekarskie – lekarz specjalista (należy dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o niepełnosprawności nie zawiera kodu 03-L i do wniosku nie dołączono innych dokumentów potwierdzających dysfunkcję narządu słuchu wnioskodawcy/podopiecznego)	☐	☐	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
7.		☐	☐	
8.		☐	☐	

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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: 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
-----------------------------------	-------------------------------------