

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 5

#### pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego

#### 1. Informacje ogólne

WNIOSEK DOTYCZY: (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		<input type="checkbox"/> osoby dorosłej		<input type="checkbox"/> dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej	
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy:		samodzielne <input type="checkbox"/>		wspólne <input type="checkbox"/>	
<b>DANE WNIOSKODAWCY/RODZICA/PREDSTAWICIELA</b>					
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		<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"/>			
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejsce gdzie wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)</b>					
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 (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)</b>					
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"/>		
ADRES DO KORESPONDENCJI Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	.....				
<b>DANE KONTAKTOWE: NR TELEFONU.....</b>			<b>ADRES E-MAIL .....</b>		

### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko	.....	Data urodzenia	.....
Dowód osobisty	Seria, numer .....	Wydany w dniu	.....
	Wydany przez.....	Ważny do dnia	.....
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"/>	
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 r.ż.		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

## 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*):

- |   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><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 - płciowego | <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 |

## 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia	Kwota przyznana (w zł)
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	
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"/>
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 powtórne/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

<b>Pytanie/zagadnienie</b>	<b>Odpowiedź</b>
1) Uzasadnienie wniosku (w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

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

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup dodatkowych elementów służących rozbudowie posiadanego sprzętu, jakie:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Zakup dodatkowego oprogramowania, jakiego:	
Koszty napraw	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Rok otrzymania dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Obszar B Zadanie 1, Zadanie 2 lub Zadanie 3 do zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.....
Realizator udzielający dofinansowania (PCPR/MOPR/MOPS):.....

#### 7. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia	Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>B5</b>		

Minimalny wkład własny wynosi 10% ceny brutto zakupu/usługi

## 8. Informacje dot. rachunku bankowego

<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
numer rachunku bankowego .....
nazwa banku .....

## 9. 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 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.	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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpptuchola.pl](http://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 10% 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**