

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „O” - wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
MODUŁ I, Obszar B, Zadanie 4**

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 o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniaf.

PESEL

Dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL)

Rodzaj dokumentu tożsamości :seria numer
wydany w dniu.....f. przez.....ważny do:.....

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
.....
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
.....
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

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

- firma handlowa - media - PFRON - prasa
 - Realizator programu - instytucje publiczne - inne, jakie:.....

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”				
<p align="center">DANE PERSONALNE</p> <p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>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"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna</p>		<p align="center">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</p> <p>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr lok.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>		
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub		<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"/> orzeczenie o niepełnosprawności- w przypadku osób do 16 roku życia				
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo				
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO				
<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				
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema		Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni		Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> 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"/> - 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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM		
<input type="checkbox"/> żłobek	<input type="checkbox"/> przedszkole	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> gimnazjum	<input type="checkbox"/> trzyletnia szkoła przysposabiająca do pracy	
<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"/> studia
<input type="checkbox"/> inna, jaka		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWA I ADRES PLACÓWKI		
Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:		
Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):....., w skali: <input type="checkbox"/> - (od 1-6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca/podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł)
.....
Razem otrzymane dofinansowanie:	

Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wskazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny Wnioskodawcy <u>pierwszy raz uzyska dofinansowanie</u> danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania <u>podnieście poziom wykształcenia</u> podopiecznego Wnioskodawcy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/ podopiecznego i mającą dziecko/ podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych w 2018 r lub w 2019r?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak nie- <input type="checkbox"/></p>
<p>6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dotyczące niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>7) Czy występują szczególne utrudnienia(jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 4

Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)	KWOTA WNIOSKOWANA (w zł)
Sprzęt elektroniczny:		
Elementy sprzętu elektronicznego:		
Oprogramowanie:		
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

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) tak - nie,
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 następującymi dokumentami, które dostępne są na www.pfron.org.pl oraz na www.pcpr.polkowice.pl, tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz warunki brzegowe(...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(...)”,

4. w okresie ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy) uzyskałam (em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania **tak** - **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10%** ceny brutto),
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 **byłam(em)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie **tak** - **nie**,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy: posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec PCPR oraz po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r. poz. 511 z późn.zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (miedzy innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
9. 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,

Wnioskodawca niemogący 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.

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 14- 16) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (załącznik nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych (załącznik 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"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3e do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania (załącznik nr 4 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie pełnomocnika –w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik (załącznik nr 6 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia/skan 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"/>	
8.	Kserokopia/skan orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „ Aktywny Samorząd”

9.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych, w 2018 r. lub w 2019 r. tj. : - osobą zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego)podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) - osobą, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka/podopiecznego do szkoły (bądź kserokopia legitymacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowa specyfikacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	