

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK „P”** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**  
**pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu elektronicznego**  
**lub jego elementów oraz oprogramowania**  
**MODUŁ I, Obszar B, Zadanie 3**

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 Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Dokument potwierdzający tożsamość ( w przypadku braku PESEL)</b>	
Rodzaj dokumentu tożsamości : .....seria ..... numer .....	
wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....
Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) .....	
Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....	
e’mail (o ile dotyczy): .....	
<b>Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu</b>	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: <input type="checkbox"/> - instytucje publiczne <input type="checkbox"/> - prasa

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<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:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI****NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym**NARZĄD WZROKU 04-O** osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

 **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 - pęciowego **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** niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia..... poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia .....  nie dotyczy zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

 stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

 działalność gospodarcza

NIP: .....

 na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... inna, jaka i na jakiej podstawie:..... działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

<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:	

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ**

<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> inna, jaka:
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

**Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** .....

**2. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy****DANE PERSONALNE**

Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

PESEL

**Dokument potwierdzający tożsamość ( w przypadku braku PESEL)**

Rodzaj dokumentu tożsamości : ..... seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

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   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

**Kontakt telefoniczny:** nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

email (o ile dotyczy): .....

### 3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca 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:	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu (PCPR w Polkowicach): tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....	
<p><b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć :</p> <p>a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,</p> <p>b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,</li> <li>- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,</li> <li>- wynikające z decyzji niedostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;</li> </ul>	

### 4. 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. 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywizacją zawodową i nauką Wnioskodawcy.



3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca <u>pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania</u> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych od samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności
5) Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych w 2018 r lub w 2019r?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> - tak, inwalidzki o napędzie elektrycznym <input type="checkbox"/> - tak, inwalidzki ręczny <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
8) 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.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... ..... ..... ..... ..... .....

**5.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 3**

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

## 6. 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 .....

### Oświadczam, że:

- 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**,
- 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 następującymi dokumentami, które dostępne są na [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz na [www.pcpr.polkowice.pl](http://www.pcpr.polkowice.pl), tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz warunki brzegowe(...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(...)”,
- 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**,
- 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 30%** ceny brutto),
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(em)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie     **tak** -  **nie**,
- 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,
- 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

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 13- 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 3d 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 stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<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"/>	
9	Kserokopia/skan pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Zaświadczenie o uczęszczaniu Wnioskodawcy do szkoły lub uczelni wyższej (bądź kserokopia legitymacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych, w 2018 r. lub w 2019 r. tj. : - osobą zamieszkujejącą 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"/>	
12	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowa specyfikacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	