

<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr lok. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p>ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr lok.</p> <p>Województwo</p>
--	--

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....
e'mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - prasa <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - instytucje publiczne <input type="checkbox"/> - inne, jakie:.....
---	---

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

<p>DANE PERSONALNE</p> <p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>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"/> <input type="text"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna</p>	<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</p> <p>(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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 PLACÓWKI

<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: - (od 1-6) - innej, jakiej

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

.....

.....

.....

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
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.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny Wnioskodawcy pierwszy raz uzyska dofinansowanie 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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie poziom wykształcenia podopiecznego Wnioskodawcy?	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/ podopiecznego i mającą dziecko/ podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dotyczące niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) 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

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2

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)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	

Oprogramowanie:	
RAZEM	
Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
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)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego 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 oraz na 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) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na wnioskowany przedmiot dofinansowania tak - nie,

5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(em)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie tak - nie,
7. 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 2011r. Nr 127, poz. 721, 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,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 15- 17) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto 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"/>	
4	Dokumenty poświadczające dochód netto osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza 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"/>	
6	Zaświadczenie o uczęszczaniu podopiecznego Wnioskodawcy do szkoły lub uczelni wyższej (bądź kserokopia legitymacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	W przypadku obszaru B zadanie 2 – udokumentować, że posiadany sprzęt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

	elektroniczny oraz oprogramowanie zostały nabyte w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd			
8	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	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"/>	
10	Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania – załącznik nr 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Oświadczenie pełnomocnika sporządzone wg załącznika nr 6 do wniosku – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowa specyfikacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	