

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”**

**dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu  
 elektronicznego i oprogramowania  
 MODUŁ I, Obszar B, Zadanie 2**

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**

**DANE PERSONALNE**

Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.  
 Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
 przez.....ważny do:..... Płeć:  kobieta  mężczyzna  
 PESEL           Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty  
 Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**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:.....  
 e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - <b>Realizator programu</b> <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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , 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
<b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - osoba głucha	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> choroby układu moczowo - pęcherzowego	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>08-T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....	
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....	
<b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>		
<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: .....	
<b>OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ</b>		
<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	
<b>NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</b>		
Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
<u>Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:</u> .....		

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

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez.....ważny do: ..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
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"/>	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (pocztą)	Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... (pocztą)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo .....	Powiat .....
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	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"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (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 (PCPR w Polkowicach):					tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....						
.....						
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć :						
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,						
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:						
– 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,						
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,						
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;						

### 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.

**Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu** (w tym jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**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 w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie   <input type="checkbox"/> - nie dotyczy   <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....                      .....                      .....</p>
<p>2) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie   <input type="checkbox"/> - nie dotyczy   <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....                      .....                      .....                      .....</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych od samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak   <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności   <input type="checkbox"/> - nie  <input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności</p>

5) 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
6) 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
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.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... ..... ..... .....

### 5.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 2

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)	KWOTA WNISKOWANA (w zł)
<b>RAZEM</b>		

### 6. 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:

- 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,

3. zapoznałam(em) się z następującymi dokumentami, które dostępne są na [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz na [www.pcpwr.polkowice.pl](http://www.pcpwr.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 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,
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 niemający 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 12- 15) – 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	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez Realizatora programu i PFRON (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	Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania ( załącznik nr 4 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oświadczenie pełnomocnika – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik ( załącznik nr 6 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8	Kserokopia pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Zaświadczenie o uczęszczaniu Wnioskodawcy do szkoły lub uczelni wyższej (bądź kserokopia legitymacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowa specyfikacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Dokumenty świadczące, że posiadany sprzęt elektroniczny oraz oprogramowanie zostały nabyte w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	