

| | |
|-----------------------------|---|
| | PCPR-CZP.4211.1. 2019 |
| data wpływu wniosku do PCPR | Wypełnia Realizator programu numer sprawy |



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”

Wniosek powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".
W przypadku, gdy we 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.
Właściwie zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X w polu

Moduł I - Obszar B Zadanie nr 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko.....

PESEL w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

będziecym osobą niepełnosprawną – o ile dotyczy

Imię..... Nazwisko.....

PESEL w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

– miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym są skoncentrowane plany życiowe. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania**

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr m.

Powiat Województwo miasto wieś

MIEJSCE ZAMELDOWANIA

– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr m.

Powiat Województwo miasto wieś

DANE KONTAKTOWE

tel. stacj. (z kier.) tel. komórkowy

e'mail (o ile dotyczy):

ADRES DO KORESPONDENCJI

– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica (pocztą) Nr domu Nr m.

Powiat Województwo miasto wieś**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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 | <input type="checkbox"/> bezterminowo |

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku | <input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krażenie | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu | <input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 09-M układ moczowo-płciowy | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe Zaburzenia rozwojowe |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA
 bezrobotny/a zarejestrowana/y w urzędzie pracy poszukująca/y pracy i niepozostająca/y w zatrudnieniu zarejestrowana/y w urzędzie pracy

 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:

tel. kontakt. do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienie:

 działalności gospodarcza

Nr NIP

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

 działalności rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

 nie dotyczy
AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> studia I stopnia | <input type="checkbox"/> studia II stopnia | <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe | <input type="checkbox"/> szkoła policealna | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosił:

..... **zł** (zgodnie z zał. nr 1 do wniosku)

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| | |
|--|---|
| Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> (licząc od dnia złożenia wniosku)? | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Zadanie, w ramach którego udzielono pomoc | Wysokość dofinansowania |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania <u>wobec PFRON</u>: | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec <u>Realizatora programu</u>: | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: | |
| Kwota:zł (słownie:) | |
| Rodzaj zobowiązania: | |
| 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| | |
|--|---|
| Uzasadnienie składanego wniosku* (wykazanie w jaki sposób dofinansowanie zakupu przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji). | |
| | |
| Czy Wnioskodawca/podopieczny otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem wniosku | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 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 |
| Uzasadnienie potrzeby powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON w przypadku Wnioskodawcy ubiegającego się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel | <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Proszę wymienić sprzęt, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu elektronicznego/urządzeń/oprogramowania: | Orientacyjna cena brutto (kwota w zł) |
|--|---------------------------------------|
| Sprzęt elektroniczny: | |
| – | |
| – | |
| – | |
| Elementy sprzętu elektronicznego: | |
| – | |
| – | |
| – | |
| Oprogramowanie: | |
| – | |
| – | |
| – | |
| RAZEM | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| | | |
|--|------------------|---------------------------|
| Wartość brutto (razem z pkt. 4) | zł. | 100% |
| Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 10% ceny brutto) | zł. |% ceny brutto |
| Wnioskowane dofinansowanie | zł. |% ceny brutto |
| Słownie: | | |

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 uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego: | |
| <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (proszę opisać): | w roku w ramach |
| | w roku w ramach |

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego,
- 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 zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.sanok.naszecpr.pl
- w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania,
- 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 sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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,
- 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 **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

| | |
|---|-----------------------------|
| , dnia <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> r. | |
| Miejscowość | podpis Wnioskodawcy* |

* 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.

7. Załączniki wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|---|---|--------------------------|-------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| 1. | Kserokopia/skan 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. | 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. | 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 2 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | 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"/> | |
| 7. | Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, 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 <u>decyzja o przyznaniu zasiłku celowego</u> 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), <u>udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę</u> (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Klauzula informacyjna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |