

	PCPR-CZP.4211.1. 2019
data wpływu wniosku do PCPR	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

<b>Moduł I - Obszar B Zadanie nr 5</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu komputerowego

### 1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

<b>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</b>	
Imię.....	Nazwisko.....
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"/> <input type="text"/>	w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO będącego osobą niepełnosprawną – o ile dotyczy</b>	
Imię.....	Nazwisko.....
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"/>	w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>	
– miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym są skoncentrowane plany życiowe. <b>Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania</b>	
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	Miejscowość .....
(pocztła)	
Ulica .....	Nr domu ..... Nr m. ....
Powiat .....	Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>MIEJSCE ZAMELDOWANIA</b>	
– wpisać jeżeli jest inny niż adres w kolumnie „Miejsce zamieszkania”	
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	Miejscowość .....
(pocztła)	
Ulica .....	Nr domu ..... Nr m. ....
Powiat .....	Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
tel. stacj. (z kier.) <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"/>	tel. komórkowy <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"/>
e' mail (o ile dotyczy): .....	

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

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

Kod pocztowy   -     ..... Miejscowość .....

Ulica ..... 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"/>
<b>Zadanie, w ramach którego udzielono pomoc</b>	<b>Wysokość dofinansowania</b>	
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:</b>		
Kwota: .....zł (słownie: .....)		
Rodzaj zobowiązania: .....		
<b>Uwaga!</b> 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.

<b>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).</b>	
..... ..... .....	
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

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego:	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
<b>Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, jakich:</b>	
–	
–	
–	
<b>Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich:</b>	
–	
–	
–	
<b>Koszty naprawy/remontu:</b>	
<b>Koszty przeglądu technicznego</b>	
<b>Koszty konserwacji/renowacji</b>	
<b>RAZEM</b>	

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

## 6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego w ramach programu?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, w roku:.....
Posiadany sprzęt był naprawiany	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, w roku:.....
Gwarancja na naprawę upłynęła	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, w roku:.....
Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem elektronicznym (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): ..... .....	

**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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.sanok.naszepcpr.pl](http://www.sanok.naszepcpr.pl)
- 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, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

..... , dnia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.	.....
Miejscowość	<b>podpis Wnioskodawcy*</b>

\* 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.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	Oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)	<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 rozbiorów 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"/>	