

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ I – OBSZAR B

Zadanie 4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

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 o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie)

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

PESEL

Dowód osobisty (w przypadku braku numeru PESEL) seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do dnia.....r.

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Wnioskodawca jest osobą:

Stan cywilny:

☐ samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

☐ wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

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

☐ - Realizator programu ☐ - media ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Dowód osobisty (W przypadku braku numeru PESEL) seria numer wydany w dniu.....
przez.....
ważny do dnia.....r.

Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji☐ znaczny stopień☐ I grupa inwalidzka☐ całkowita niezdolność do pracy☐ umiarkowany stopień☐ II grupa inwalidzka☐ częściowa niezdolność do pracy☐ lekki stopień☐ III grupa inwalidzka☐ orzeczenie o niepełnosprawności (dotyczy dziecka do 16 roku życia)Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowoPodopieczny jest osobą ubezwłasnowolnioną częściowo/całkowicie* : ☐ TAK ☐ NIE**RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu☐ 05-**R** upośledzenia narządu ruchu☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia☐ 09-**M** choroby układu moczowo - pęciowego☐ 11-**I** inne☐ 02-**P** choroby psychiczne☐ 04-**O** choroby narządu wzroku☐ 06-**E** epilepsja☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego☐ 10-**N** choroby neurologiczne☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**☐ ŻŁOBEK☐ PRZEDSZKOLE☐ SZKOŁA PODSTAWOWA☐ GIMNAZJUM☐ LICEUM☐ TECHNIKUM☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA☐ KOLEGIUM☐ SZKOŁA POLICEALNA☐ STUDIA☐ nie dotyczy☐ INNA, jaka

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy
 Miejscowość ulica Nr domu
 Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

(okresy zatrudnienia sumują się jeżeli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dnia – przerwa nie jest wliczana)

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony: okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy <input type="checkbox"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakie podstawie:	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

POZOSTAŁE INFORMACJE

Czy podopieczny jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych: ☐ TAK ☐ NIE

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny 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"/>		
Beneficjent pomocy	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcie	Wysokość dofinansowania

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak ☐ nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

☐ PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT ELEKTRONICZNY I OPROGRAMOWANIE:

.....

☐ PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO I OPROGRAMOWANIA

CZY PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH PROGRAMU AKTYWNY SAMORZĄD W ZAKUPIE

SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA: ☐ NIE ☐ TAK w roku w

także w roku

jeżeli tak proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania

.....

.....

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny lub jego elementy oraz oprogramowanie o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Sprzęt elektroniczny:		
Elementy sprzętu elektronicznego:		
Oprogramowanie:		
RAZEM		

4. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, indywidualne i specyficzne potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną beneficjenta, w tym potrzeba komunikowania się

.....

.....

.....

.....

.....

5. Oświadczenia wnioskodawcy/beneficjenta

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę się ubiegał(a) / ubiegam się lub będę się ubiegał (a)* w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
2. 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 zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl.
4. w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej **10% ceny brutto**) : ☐ tak - ☐ nie,
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(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie ☐ tak - ☐ nie,
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 warunkach określonych w umowie dofinansowania,
10. zobowiązuję niezwłocznie zgłosić do Realizatora informacji o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

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.

*Niewłaściwe skreślić

..... dnia /..... /..... r.

.....

podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku (<i>należy zaznaczyć właściwe</i>)
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)	<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 (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku</i>)	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
5.	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego sprzętu elektronicznego, jego elementów lub/i oprogramowania	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie potwierdzające naukę	<input type="checkbox"/>
7.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>
9.	Zaświadczenie z PUP w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne/poszukujące pracy z wyszczególnieniem okresu rejestracji – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
10.	W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – należy przedłożyć zaświadczenie od pracodawcy wskazujące okresy zatrudnienia – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
11.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
12.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych - jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>