

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ I – OBSZAR B

Zadanie 5 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu

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 wychowując dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

☐ wychowując i utrzymując 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)

☐ niezatrudniona/y

Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako:

☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy

☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia:

☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące

☐ 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

☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy

☐ staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

.....

Adres miejsca pracy:

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

.....

☐ działalność gospodarcza

☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

☐ inna, jaka i na jakie podstawie:.....

☐ 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** ☐ **nie** ☐

Beneficjent pomocy	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcie	Wysokość dofinansowania

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

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

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

.....

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego?

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) Wr.

jeżeli tak proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania

.....

.....

Okres gwarancyjny w związku z zakupem sprzętu elektronicznego upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):.....

.....

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zakup dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu elektronicznego:		
Zakup dodatkowego wyposażenia:		
Zakup dodatkowego oprogramowania:		
Koszty niezbędnych napraw:		
Koszty przeglądu technicznego:		
Koszty konserwacji:		
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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie naprawy sprzętu elektronicznego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej **10% ceny brutto**) : ☐ 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(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie ☐ tak - ☐ nie,
7. 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,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na warunkach określonych w umowie dofinansowania,
9. 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.

.....
M podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku (należy zaznaczyć właściwe)
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>
3.	Oświadczenie 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"/>
4.	Dokumenty potwierdzające okresy gwarancyjne	<input type="checkbox"/>
5.	Zaświadczenie potwierdzające naukę	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie z PUP w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne/poszukujące pracy z wyszczególnieniem okresu rejestracji – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
7.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	
8.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	
9.	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"/>
10.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
11.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej – 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"/>