

Data wpływu:

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY  
SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar B – zadanie 1

### **pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania**

**Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu.** 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.

#### INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko												
Data urodzenia												
Dowód osobisty	Seria: .....						Wydany przez:.....					
	Numer:.....						W dniu:..... ważny do:.....					
PESEL									pleć	kobieta		mężczyzna
Gospodarstwo domowe:			<input type="checkbox"/> samodzielne				<input type="checkbox"/> wspólne					
Stan cywilny:			<input type="checkbox"/> wolny		<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna		Kontakt telefoniczny:					
Adres email:												

#### Miejsce zameldowania

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			
Województwo	Powiat			

#### Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			

#### INFORMACJE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko											
Data urodzenia											
PESEL							pokrewieństwo				
							pleć				
							kobieta		mężczyzna		
<b>Miejsce zamieszkania</b>											
Ulica	Nr domu		Nr lokalu								
Miejscowość	Kod pocztowy										
Województwo	Powiat										

Dochód gospodarstwa domowego	
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Aktywność zawodowa/zatrudnienie osoby ubiegającej się o pomoc		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/>
Umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy		<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/>
Inny, jaki:.....		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy		

Wykształcenie wnioskodawcy	
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie: .....	

aktualnie realizowany etap kształcenia		
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> inne jakie
<input type="checkbox"/> Staż zawodowy w ramach programów UE	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....		<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....		<input type="checkbox"/>

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)			
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa	
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa	
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa	
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż			
Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON/PZON)			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S ukł. oddechowy/krażenia	<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 ukł. moczowo - płciowy	<input type="checkbox"/> 12-C zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja obu kończyn dolnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny górnej			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu wzroku			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu słuchu			<input type="checkbox"/>
Inne przyczyny			<input type="checkbox"/>
wnioskodawca jest osobą głuchą			<input type="checkbox"/>
wnioskodawca posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy			<input type="checkbox"/>
wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego			<input type="checkbox"/>
wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie			<input type="checkbox"/>
wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)			<input type="checkbox"/>

<b>KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b> <small>informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</small>			<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
<b>Łącznie</b>			



Potrafię posługiwać się pismem Braille, a TAK  NIE

Posiadam następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

nie posiadam sprzętu komputerowego

Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe: .....

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania:

NIE  TAK w ..... roku w ramach .....  
a także w ..... roku w ramach .....

### 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 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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

**Cel szczegółowy programu:** Likwidacja barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym

1) 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)*

#### **UWAGA**

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.)

2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne? *(posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)*

TAK (1osoba)  TAK (więcej niż 1 osoba)  NIE

## Oświadczam, że:

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: <a href="http://www.pfron.org.pl">www.pfron.org.pl</a> , a także pod adresem: <a href="http://www.goin.gliwice.pl">www.goin.gliwice.pl</a> .	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego jego elementów lub oprogramowania.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej <b>co najmniej</b> 10% ceny brutto).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 3 lat <b>byłam(am)</b> stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

1. 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.
2. Nie ubiegam się i nie będę ubiegać się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
3. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne zmiany, 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.
4. 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.
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje wyłącznie na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Gliwice, dnia ..... /..... /20..... r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

## WAŻNE

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, ze zmianami.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

## ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)			
	Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia 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. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza 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"/>		
4. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 lub 3a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Oferta handlowa sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Inne załączniki (należy wymienić):				
9. Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		