

Data wpływu:

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY  
SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar B – zadanie 2

### Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i 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						pokrewieństwo						
PESEL										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/krążenia	<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>			

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:

.....  
**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

### WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA, O KTÓRE UBIEGA SIĘ WNIOSKODAWCA

Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100 %
Wnioskowane dofinansowanie	zł.	

### Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<i>proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie, którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie</i>	<b>cena brutto w zł)</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"/>
W ciągu ostatnich 3 lat <b>byłam(em)</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 <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>			
	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 <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)</i> - 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. Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym– o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Oferta cenowa określająca termin szkolenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Inne załączniki (należy wymienić):				
8. Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		