

Data wpływu:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY
SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar B – zadanie 5

***pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu
elektronicznego, zakupionego w ramach programu***

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:		☐ samodzielne										☐ wspólne				
Stan cywilny:		☐ wolny		☐ 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
Miejsce zamieszkania																
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 ☐
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	☐	
Umowa cywilnoprawna	☐	
Staż zawodowy	☐	
Działalność gospodarcza	☐	
Inny, jaki:.....	☐	
☐ na czas określony od dnia..... do dnia.....	☐ na czas nieokreślony	
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy		

Wykształcenie wnioskodawcy	
☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ policealne ☐ wyższe ☐ inne jakie:	

aktualnie realizowany etap kształcenia		
☐ zasadnicza szkoła zawodowa	☐ liceum	☐ technikum
☐ szkoła policealna	☐ kolegium	☐ studia doktoranckie
☐ studia (1 i 2 stopnia)	☐ studia podyplomowe	☐ inne jakie
☐ Staż zawodowy w ramach programów UE		☐ nie dotyczy

Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy ☐
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)	☐	
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)	☐	

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)		
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny	☐ I grupa
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany	☐ II grupa
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki	☐ III grupa
☐ orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż		
Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON/PZON)		
☐ 01-U upośledzenie umysłowe	☐ 04-O narząd wzroku	☐ 07-S ukł. oddechowy/krążenia
☐ 02-P choroby psychiczne	☐ 05-R narząd ruchu	☐ 08-T układ pokarmowy
☐ 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy	☐ 06-E epilepsja	☐ 09-M ukł. moczowo - płciowy
		☐ 10-N choroby neurologiczne
		☐ 11-I inne
		☐ 12-C zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych		☐
Dysfunkcja obu kończyn dolnych		☐
Dysfunkcja jednej kończyny górnej		☐
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej		☐
Dysfunkcja narządu wzroku		☐
Dysfunkcja narządu słuchu		☐
Inne przyczyny		☐
Wnioskodawca jest osobą głuchą		☐
wnioskodawca posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy		☐
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego		☐
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie		☐
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)		☐

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH 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				☐ TAK ☐ NIE
Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania	Termin rozliczenia
Łącznie				

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 UBIGEA SIĘ WNIOSKODAWCA		
Orientacyjna cena brutto (razem w zł. zgodnie ze specyfikacją)	zł.	100 %
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 10 % ceny brutto)	zł.	% ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie (suma sprzętów wymienionych w specyfikacji poniżej)		zł.

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania	Cena brutto w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup baterii	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje sprzęt elektroniczny

☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji):

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):

.....

.....

.....

.....

.....

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 wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?

☐ TAK – Rok otrzymania dofinansowania

☐ NIE

3) 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.goin.gliwice.pl .	TAK ☐	NIE ☐
W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na sprzętu elektronicznego jego elementów lub oprogramowania.	TAK ☐	NIE ☐
Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10% ceny brutto).	TAK ☐	NIE ☐
W ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	TAK ☐	NIE ☐

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)	☐	☐		
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)	☐	☐		
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	☐	☐		
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)	☐	☐		
5.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk ...	☐	☐		
6.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	☐	☐		
7.	Oferta cenowa przedmiotu dofinansowania	☐	☐		
8.	Inne załączniki (należy wymienić):				
9.	Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie	☐	☐		
10.	Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	☐	☐		
11.		☐	☐		