

Data złożenia wniosku:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B	Likwidacja barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym
Zadanie nr 3	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna**Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL)**Dowód osobisty seria numer wydany w dniur. ważny do
wydany przezStan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

miejscowość ul. nr domu nr lokalu

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś**Kontakt telefoniczny:** nr kier. nr telefonu nr tel. komórkowego:

e'mail:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Źródło informacji o możliwości uzyskania
dofinansowania w ramach programu☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu (PCPR) ☐ - PFRON ☐ - inne,
jakie:Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz
www.pcpr.trzebnica

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień		<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień		<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka		
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień		<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo					
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 05- R choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04- O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA					
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: <input type="checkbox"/> rejestracja w UP jako osoba bezrobotna: od dnia:					
<input type="checkbox"/> rejestracja w UP jako osoba poszukująca/y pracy: od dnia: <input type="checkbox"/> nie dotyczy					
<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 (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się) <input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.)			<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646, z późn. zm.) Nr NIP:			Miejsce prowadzenia działalności:		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336)					

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:		

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"/>
Nazwa programu lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Wysokość dofinansowania	
Razem uzyskane dofinansowanie:			

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

3. 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 formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. 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 powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku. Jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego. 2) Należy wskazać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na włączenie się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego? 3) Czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia.	<p style="text-align: center;">Załącznik – uzasadnienie</p> <p style="text-align: center;">(brak uzasadnienia powoduje obniżenie punktacji merytorycznej)</p>
4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
5) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):

<p>8) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie </div> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9) Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie </div>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Zadanie nr 3 – specyfikacja zakupu – proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA cena brutto (kwota w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Sprzęt elektroniczny:		
Elementy sprzętu elektronicznego:		
Oprogramowanie:		
RAZEM:		

5. Informacje uzupełniające

<div> <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO </div>
<p>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach</p> <p>a także w roku w ramach</p> <p>Jeżeli tak - proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się 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, a także pod adresem: pcpr.trzebnica.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów oraz oprogramowania/szkolenia: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu elektronicznego, jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 30% ceny brutto),
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 rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
10. środki finansowe stanowiące udział własny nie pochodzą 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.

..... dnia /..... /20... r.

.....

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu znacznym lub orzeczenia równoważnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru) - 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 zawierające opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia (sporządzone wg wzoru – o ile dotyczy).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć pełnomocnictwo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (nieobowiązkowa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	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"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej – jeżeli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych – jeżeli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dowód osobisty – oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.				
14.				
15.				

Załącznik – uzasadnienie

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

(należy wpisać treści nie mieszczące się w powyższych polach z odpowiednią adnotacją).

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

(należy wpisać treści nie mieszczące się w powyższych polach z odpowiednią adnotacją).

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

INFORMACJE

AKTYWNY SAMORZĄD

OBSZAR B ZADANIE 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,

Celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

Cele szczegółowe programu:

- przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego,

WARUNKI UCZESTNICTWA:

- osoba niepełnosprawna, która posiada umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- dysfunkcja narządu wzroku,
- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- brak wymagalnych zobowiązań wobec PFRON lub realizatora programu.

DOFINANSOWANIE:

– 6.000 zł,

UDZIAŁ WŁASNY:

- 30%