

Wniosek złożono w dniu

Nr sprawy:

## WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) 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

#### Obszar B – Zadanie nr 1

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

#### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka     opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....

ważny do..... PESEL

Płeć:  kobieta     mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y     zamężna/żonaty

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy  -  .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców     inne miasto     wieś

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Województwo .....

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

- firma handlowa     - media     - PFRON     - inne, jakie:

## DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

### DANE PERSONALNE

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Pełnoletni:  tak  nie

Płeć:  kobieta  mężczyzna

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -   .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

### 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 – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

**NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:**  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

**NARZĄD WZROKU 04-O**

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):**

01-**U** upośledzenie umysłowe

03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia

09-**M** choroby układu moczowo - płciowego

11-**I** inne

- **OSOBA GŁUCHA**

02-**P** choroby psychiczne

06-**E** epilepsja

08-**T** choroby układu pokarmowego

10-**N** choroby neurologiczne

12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<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
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)**

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y:  
od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

.....

.....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Adres miejsca pracy: .....

.....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP: .....

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

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

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

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

### 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. 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
Uzasadnienie wniosku	
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
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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....
Czy w 2017 lub 2018 roku Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (przez osobę poszkodowaną należy rozumieć osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz.U.z 2016r. poz.1067), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, a także osobę którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym( np. pożar, kradzież, zalanie) udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę ( np. pomocy społecznej, straży pożarnej, policji).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<b>specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

<b>Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł)</b>

#### 6. Informacje uzupełniające

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE (podać rok zakupu):.....

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/ Podopiecznego\* kursy komputerowe: .....

**CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO**

i OPROGRAMOWANIA:  **NIE**  **TAK** w ..... roku w ramach .....

A także w ..... roku w ramach .....

\*- należy zaznaczyć właściwe

#### **Oświadczam, że:**

- o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Żywcu  tak -  nie,
- 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,
- 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr-zywiec.pl](http://www.pcpr-zywiec.pl)

4. 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 -  nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

<p>..... dnia ...../...../ 20... r.</p> <p style="text-align: right;">..... <b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
--

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-11)

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR</b> <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	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 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.	Zaświadczenie lekarskie <i>( sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i> – wypełnione w języku polskim – <b>dotyczy tylko tych Wnioskodawców którzy nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu O, a ubiegają się o dofinansowanie z tytułu dysfunkcji narządu wzroku</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie lekarskie <i>( sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)</i> – wypełnione w języku polskim – <b>dotyczy wszystkich Wnioskodawców, którzy ubiegają się o dofinansowanie z tytułu dysfunkcji obu kończyn górnych</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	