

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK „M-I”**

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu**

**„Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4**

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

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY** **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1)
* dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3)
* dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
 |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * we własnym imieniu
* jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego
* jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
* jako pełnomocnik
 |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * kobieta  mężczyzna
 |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto powyżej 5 tys. mieszkańców
* miasto do 5 tys. mieszkańców
* wieś
 |

|  |
| --- |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |
| * Taki sam jak adres zamieszkania
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
| *Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.** Nie dotyczy
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * kobieta  mężczyzna
 |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny
* umiarkowany
* lekki
* nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:
 |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
 |
| **Niezdolność do pracy:** | * całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji
* całkowita niezdolność do pracy
* częściowa niezdolność do pracy
* nie dotyczy
 |
| *Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.* |

|  |
| --- |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| * 01-U – upośledzenie umysłowe
* 02-P – choroby psychiczne
* 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	+ osoba głucha
	+ osoba głuchoniema
* 04-O – narząd wzroku
	+ osoba niewidoma
	+ osoba głuchoniewidoma
* 05-R – narząd ruchu
	+ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
	+ dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E – epilepsja
* 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T – choroby układu pokarmowego
* 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
* 10-N – choroby neurologiczne
* 11-I – inne
* 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności).****Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | * tak  nie
 |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny
* 3 przyczyny
 |

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

* nie dotyczy
* nieaktywna/y zawodowo
* bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):

* poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
* zatrudniony

|  |
| --- |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
| **Forma zatrudnienia** | **Od dnia** | **Na czas nieokreślony** | **Do dnia** |
| * stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 |  | * tak  nie
 |  |
| * stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 |  | * tak  nie
 |  |
| * umowa cywilnoprawna
 |  | * tak  nie
 |  |
| * staż zawodowy
 |  | * tak  nie
 |  |
| * działalność gospodarcza
 |  | * tak  nie
 |  |
| * działalność rolnicza
 |  | * tak  nie
 |  |
| * wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania
 |  | * tak  nie
 |  |

|  |
| --- |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM** |
| * Nie dotyczy
* Przedszkole
* Szkoła podstawowa
* Zasadnicza Szkoła Zawodowa
* Technikum
* Liceum
* Szkoła policealna
* Kolegium
* Studia I stopnia
* Studia II stopnia
* Studia magisterskie (jednolite)
* Studia podyplomowe
* Studia doktoranckie
* Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
* Szkoła doktorska
* Uczelnia zagraniczna
* Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
* Każda inna, jaka:
 |
| **INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| **Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?*** tak  nie
 |
| **Zadanie** | **Kwota dofinansowania** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON****w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?*** tak  nie
 |
| **Zadanie** | **Kwota 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 .Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (…)”.**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:*** tak  nie
 |

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

**Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie**

**w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):**

**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):**

 tak  nie

**Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:**

 tak  nie

**Proszę wymienić:**

**Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:**

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

1. *osobę* *zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, 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 2004 r. o pomocy społecznej, a także, b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami*
2. *osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).*

#  tak  nie

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU**

* firma handlowa
* media
* Realizator programu
* PFRON
* inne, jakie:

**ŚREDNI DOCHÓD**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

Średni *dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w według wzoru: [(przeciętny dochód z ha w zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

* *Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (…), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji*

*w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).*

|  |
| --- |
| **PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4** |
| **Przedmiot pomocy** | **Typ sprzętu** | **Cena brutto (w zł)** | **Wnioskowana kwota dofinansowania****(w zł)** |
| * Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Smartfon lub tablet
 | * Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Linijka - urządzenie brajlowskie
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Drukarka - urządzenie brajlowskie
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Każde inne urządzenie brajlowskie
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| * Oprogramowanie
 | * Stacjonarny
* Mobilny
* Nie dotyczy
 |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |
| **Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie: Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:** |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY** |
| na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca/Podopieczny/Mocodawca korzysta z różnego rodzaju zajęć w placówkach rehabilitacyjnych:** tak  nie**Jeśli tak należy wskazać rodzaj zajęć i nazwę placówki:** ……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..**Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy/Podopiecznego/Mocodawcy zamieszkują inne osoby niepełnosprawne:** tak  nie |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA** |
| Zestaw załączników określa Realizator |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1. | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego lub orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu) |
| 2. | Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych – zał. nr 1 do wniosku |
| 3. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych – zał. nr 2 do wniosku |
| 4. | Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę, zawierające opis rodzaju schodzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku – zał. nr 3 do wniosku – dotyczy tych Wnioskodawców którzy nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu O, a ubiegają się o dofinansowanie z tytułu narządu wzroku |
| 5. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku – zał. nr 4 do wniosku – dotyczy wszystkich Wnioskodawców którzy ubiegają się o dofinansowanie z tytułu dysfunkcji obu kończyn górnych |
| 6. | Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku – zał. nr 5 do wniosku – dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia. |
| 7. | Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku – zał. nr 6 do wniosku – dotyczy osób niewidomych |
| 8. | Uzasadnienie do wniosku- załącznik nr 7 |
| 9. | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu) |
| 10. | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dot. osoby reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) |
| 11. | Faktura proforma lub oferta cenowa wskazująca przewidywany koszt zakupu przedmiotu dofinansowania. |
| 12. | Osoby, które osiągnęły wiek emerytalny - dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwającyco najmniej 6 miesięcy). |

*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.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|  |  |