

**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 2**

**dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY**  **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **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 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC** | | | |
| **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 dofinansowaniu szkolenia z obsługi sprzętów elektronicznych i oprogramowania zakupionych w programie?**   * tak  nie | |
| **Zadanie** | **Kwota dofinansowania** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |
| **Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż dofinansowanie szkolenia z obsługi sprzętów elektronicznych i oprogramowania zakupionych w programie 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:**

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

* tak  nie

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 (…)”.

**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

**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* *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.*
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**

*Średni* *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*

* *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).*

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne  wspólne

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 2** | | |
| **Przedmiot pomocy** | **Cena brutto (w zł)** | **Wnioskowana kwota dofi- nansowania (w zł)** |
| * Kurs 1   **Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:**  **Zakres tematyczny: Liczba godzin:** |  |  |
| * Kurs 2   **Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:**  **Zakres tematyczny: Liczba godzin:** |  |  |
| * Kurs 3   **Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:**  **Zakres tematyczny: Liczba godzin:** |  |  |
| **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. | Uzasadnienie do wniosku - zał. nr 3 |
| 5. | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu) |
| 6. | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dot. osoby reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) |
| 7. | Faktura proforma lub oferta cenowa wskazująca przewidywany koszt realizacji szkolenia. |
| 8. | Program i harmonogram szkolenia |

*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:* |
|  |  |