

DATA WPŁYWU:

DŚiPI.8310.2. ... 2012

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu - **OBSZAR B1-B4** 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B1</b>                                      | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B2</b>  |
| pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem | pomoc w zakupie urządzeń lektorskich   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B3</b>                                      | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B4</b>  |
| pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich  | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich |

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

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

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

przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

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

Kod pocztowy   -    (poczta) .....

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   -    (poczta) .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr telefonu stacjonarnego ...../nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

## 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:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | <b>Prawe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma           |  |   |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma     |  |   |

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

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja                               | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

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

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

**Nazwa pracodawcy:** .....

**Adres miejsca pracy:** .....

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- umowa cywilnoprawna
- staż zawodowy

**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:** .....



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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

| Pytanie/zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy   |
|--|---|
| <b>1) Uzasadnienie wniosku</b> (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) - nie dot. obszaru: B4,<br>Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb. | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  |
| <b>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona</b><br>(u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?<br>Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie<br>.....  |
| <b>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania</b> (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   |
| <b>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?  | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie |
| <b>5) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</b>  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy                            |
| <b>6) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</b>   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie   |
| <b>8) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b><br>np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość,  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie<br>.....  |

|  |              |
|--|--------------|
| <p>skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p> <p>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p> | <p>.....</p> |
|--|--------------|

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar B1-B4

|   |   |
|---|---|
| <b>B1 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt komputerowy, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/oprogramowania:                                  | <b>Orientacyjna cena brutto</b><br>(kwota w zł) |
| Specjalistyczny sprzęt komputerowy i oprogramowanie:  |   |
| RAZEM   |   |
| <b>B2 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić urządzenia lektorskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/oprogramowania  | <b>Orientacyjna cena brutto</b><br>(kwota w zł) |
| Urządzenia lektorskie:  |   |
| RAZEM   |   |
| <b>B3 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić urządzenia brajlowskie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu/urządzeń/oprogramowania   | <b>Orientacyjna cena brutto</b><br>(kwota w zł) |
| Urządzenia brajlowskie:   |   |
| RAZEM   |   |
| <b>B4 Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie | <b>Orientacyjna cena brutto</b><br>(kwota w zł) |
|   |   |
| RAZEM   |   |

#### 5. Informacje uzupełniające

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE/URZĄDZENIE LEKTORSKIE/URZĄDZENIE BRAJLOWSKIE *: .....<br>.....  |
| <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO/URZĄDZENIE LEKTORSKIE/URZĄDZENIE BRAJLOWSKIE *<br>Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe: .....<br>.....  |
| <b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA:</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w ..... roku w ramach .....<br>a także w ..... roku w ramach ..... |

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Obszar wsparcia* | Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|------------------|---|--------------------------|
| B1               |   |                          |
| B2               |   |                          |
| B3               |   |                          |
| B4               |   |                          |
| <b>ŁĄCZNIE</b>   |   |                          |

\* - należy zaznaczyć właściwe

### **Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę 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.jgora.pl](http://www.pcpr.jgora.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania/urządzeń lektorskich/urządzeń brajlowskich\*  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu komputerowego/urządzeń lektorskich/urządzeń brajlowskich\* (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej ..... ceny brutto),
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- 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.

\* - należy zaznaczyć właściwe

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<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
|                  |  | 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 brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku) | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |

|    |   |                          |                          |  |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 3. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku)</i>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 4. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku 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"/> |  |
| 5. | Inne załączniki (należy wymienić):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| a  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| b  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| c  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| d  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| e  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |