

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



program finansowany ze środków PFRON

Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

**MODUŁ I** – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
**o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam OBSZAR B** – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym

**ZADANIE 1** – dofinansowanie zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

**ZADANIE 2** – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

## WNIOSEK

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.

**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 .....

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

..... PESEL

**Wnioskodawca jest osobą:**

samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

**Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu na 1-go członka rodziny:** .....

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały

Kod pocztowy  -

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

miasto do 5 tys. Mieszkańców     inne miasto     wieś

### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

**Kontakt telefoniczny:** nr kier. .... nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu		<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PCPR <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:..... ...	
<b>DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”</b>			
<b>DANE PERSONALNE</b>		<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)	
Imię .....		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nazwisko .....		Miejscowość .....	
Data urodzenia:..... r.		Ulica .....	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nr domu ..... Nr m. ....	
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	
mieszkaniec <b>Domu Pomocy Społecznej</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
<b>STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>			
<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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)			
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia:..... <input type="checkbox"/> bezterminowo			
Niepełnosprawność powstała: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> przed ..... rokiem życia			
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>			
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:		<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>		<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym
Podopieczny Wnioskodawcy porusza się na wózku inwalidzkim: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>		<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>			
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):			
<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>			
<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 - pęciowego
<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		
<b>OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI</b>			
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> gimnazjum	<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	
<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	
<input type="checkbox"/> studia	<input type="checkbox"/> inna, jaka .....	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	
<b>NAZWA I ADRES PLACÓWKI</b>			
Nazwa placówki .....		klasa/rok .....	Kod pocztowy .....
Miejscowość .....		ulica .....	Nr domu .....
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....			
ośrodek szkolno-wychowawczy:    tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		internat:    tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Nauka prowadzi do: <input type="checkbox"/> zdania matury <input type="checkbox"/> uzyskania średniego wykształcenia <input type="checkbox"/> uzyskania zawodu			
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?			tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)	
<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP jako: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: .....	data rejestracji: .....
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	.....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> krótszy niż 3 miesiące, <input type="checkbox"/> dłuższy niż 3 miesiące	Adres miejsca pracy:.....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	.....
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna: <input type="checkbox"/> zawarta na okres <b>krótszy</b> niż 6 miesięcy, <input type="checkbox"/> zawarta na okres <b>dłuższy</b> niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; (Dz.U.2016.645, z późn.zm.)	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, (Dz.U.2016 poz.1829)	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U.2016 poz. 277)	
<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: .....	Miejsce prowadzenia działalności: .....
.....	.....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy podopieczny Wnioskodawcy korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?					<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków 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>						

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!**  
W ramach programu „Aktywny samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu.  
Za „wymagalne zobowiązania” należy przez to rozumieć:  
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,  
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:  
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,  
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,  
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.



#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<b>Zadanie nr 1 – 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>
<b>Sprzęt elektroniczny lub jego elementy</b> – komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności:	
<b>Oprogramowanie</b> – dedykowane oprogramowanie do komputera (stacjonarnego lub mobilnego) oraz/lub współpracującym z nim urządzeniom, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności:	
<b>Urządzenie brajlowskie</b> – elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku:	
<b>RAZEM</b>	
<b>Zadanie nr 2 – specyfikacja</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 (kwota w zł)</b>
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\* - należy zaznaczyć właściwe

#### 6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: ..... .....
<input type="checkbox"/> PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO Ukończone przez podopiecznego kursy komputerowe: ..... .....
<b>CZY PODOPIECZNY 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 ..... a także w ..... roku w ramach .....

**Oświadczam, że:**

1. am 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):  **tak** –  **nie**,
2. Oświadczam, że  **otrzymałem/am**  
 **nie otrzymałem/am**  
w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
3. 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,
4. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
5. zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpr.raciborz.org.pl](http://www.pcpr.raciborz.org.pl)
6. w okresie ostatnich 3 lat podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego lub jego elementów lub oprogramowania:  **tak** –  **nie**,
7. **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),**
8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** –  **nie**,
10. 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,
11. 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 (lub innych dowodów księgowych, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe).

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.

....., dnia ..... /..... /20..... r. <span style="float: right;">..... podpis Wnioskodawcy</span>
---

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie (kserokopię pełnomocnictwa oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych dołącza do wniosku, dowód osobisty pełnomocnika oraz oryginał pełnomocnictwa do wglądu pracownika PCPR).

**Oświadczenie pełnomocnika:**

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

....., dnia ..... /..... /20..... r. <span style="float: right;">..... podpis Pełnomocnika</span>
---

## 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 znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. <b>Zaświadczenie</b> wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a lub 3b do wniosku</i> ) <u>nie dotyczy osób z orzeczeniem znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym, w których powodem wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu wzroku, które nie zamierzają wnioskować o dofinansowanie do urządzeń brajlowskich</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Oświadczenie o nieubieganiu się o dofinansowanie do urządzeń brajlowskich (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza 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"/>	
6. Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (jeżeli akt urodzenia nie zawiera nr PESEL dziecka – dodatkowo inny dokument zawierający nr PESEL dziecka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu – podopiecznego (o ile dotyczy) oraz wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 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"/>	
9. Oferta cenowa podpisana przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	