

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

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 w swoim imieniu

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 Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzeniar. Dowód osobisty seria numer

wydany przez w dniu

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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

mieszkaniec **Domu Pomocy Społecznej** tak nie

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

- firma handlowa - media - PCPR - PFRON

- inne, jakiej:.....

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej	<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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		
Niepełnosprawność powstała: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> przed rokiem życia		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego
		<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11- I inne
		<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
<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:		Adres miejsca pracy:.....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> krótszy niż 3 miesiące, <input type="checkbox"/> dłuższy niż 3 miesiące		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<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 krótszy niż 6 miesięcy, <input type="checkbox"/> zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)		
<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:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<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"/> kolegium
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> inna, jaka:	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> 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)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
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!
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:

- w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
- 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

Zadanie nr 1 – specyfikacja zakupu – proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny lub jego elementy – komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności:	
Oprogramowanie – dedykowane oprogramowanie do komputera (stacjonarnego lub mobilnego) oraz/lub współpracującym z nim urządzeniom, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności:	
Urządzenie brajlowskie – elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku:	
RAZEM	
Zadanie nr 2 – specyfikacja – proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
RAZEM	

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		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

6. Informacje uzupełniające

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

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam 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(am) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.
6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem(am) 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. podpis Wnioskodawcy
--

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego 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. podpis Pełnomocnika
--

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zaświadczenie 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>) nie dotyczy osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym, w których powodem wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu wzroku, które nie zamierzają wnioskować o dofinansowanie do urzędzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o nieubieganiu się o dofinansowanie do urzędzeń 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.	Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dokument zaświadczący o zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej będącej w wieku emerytalnym (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokument potwierdzający aktywność zawodową osoby niepełnosprawnej: zatrudnienie lub zarejestrowanie w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<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"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	