

Wniosek złożono w:

MOPS Dąbrowa Górnicza

w dniu

Nr sprawy:

nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.mops.com.pl

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B	Likwidacja barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym
Zadanie nr 1	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/podopiecznego)	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.	
przez..... ważny dor.	
PESEL	Płeć: kobieta mężczyzna
Stan cywilny:	wolna/y zameżna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:	samodzielne (osoba samotna) wspólne
Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu..... /nr tel. komórkowego:.....	
e'mail (o ile dotyczy):	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>miejsowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</i>
Kod pocztowy - (poczt)	Kod pocztowy - (poczt)
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok. Powiat	Nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat
	Województwo:.....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kod pocztowy - Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo

INFORMACJE DOTYCZĄCE: DZIECKA/PODOPIECZNEGO/PEŁNOMOCNIKA (zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny dor.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź)całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

Orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

innym

Wnioskodawca/podopieczny porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:

Wnioskodawca/podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

Wnioskodawca/podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niedowidząca

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

nie dotyczy

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):01-**U** upośledzenie
umysłowe02-**P**
choroby psychiczne03-**L** zaburzenia głosu,
mowy i choroby słuchu04-**O** narząd wzroku- **OSOBA GŁUCHA**05-**R** narząd ruchu06-**E** epilepsja07-**S** choroby układu
oddechowego i krążenia08-**T** choroby układu
pokarmowego09-**M** ukł. moczowo -
płciowy10-**N** choroby neurologiczne11-**I** inne12-**C** całościowe zaburzenia
rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym:

tak

nie

Rodzaj gospodarstwa domowego:

samodzielne

wspólne

Wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym
złożono wniosek

.....zł

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA: WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (zaznaczyć właściwe)

bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy i pozostający bez zatrudnienia (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

nie dotyczy

zatrudniona/y:

na czas nieokreślony

na czas określony od dnia:..... do dnia:

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

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

Nr NIP:

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

INNA, jaka:

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

STUDIA PODYPLOMOWE

STUDIA DOKTORANCKIE

☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE☐ nie dotyczy**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od następnego roku, po którym uzyskał dofinansowanie), w tym poprzez PCPR/MOPS?

tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)

- 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.

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 8) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

str. 4

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

5) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca/podopieczny 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 MOPS)?	☐ - tak ☐ - nie
6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeżeli tak należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
8) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON	
9) Wnioskodawca, który jest osobą poszkodowaną w 2017 roku lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 20 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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)	KWOTA WNIOSKOWANA (w zł) do 90% ceny orientacyjnej brutto
Sprzęt elektroniczny:		
Elementy sprzętu elektronicznego:		
Oprogramowanie:		
Urządzenie brajlowskie (elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku):		
RAZEM		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto ogółem (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana ogółem (w zł)

6. Informacje uzupełniające

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:

POTRAFIĘ/PODOPIECZNY POTRAFI POSŁUGIWAĆ SIĘ PISMEM BRAILLE-A:

TAK

NIE

* CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

*dotyczy dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (dofinansowanie uzyskane w ramach zadania ustawowego lub programu celowego)

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu **Powiatu Dąbrowa Górnicza** ☐ tak - ☐ nie,
- 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),
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mops.com.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em)/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania - w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10% ceny brutto. Środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- 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 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, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

WAŻNE!

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- w przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.
- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 ze zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

..... dnia /..... /20... r.

.....

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub orzeczenia o niepełnosprawności	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości <u>przeciętnego miesięcznego dochodu</u> w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	☐	☐	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a lub 2b do formularza wniosku wypełnione czytelnie w języku polskim)w przypadku: a) dysfunkcji obu kończyn górnych –potwierdzony zaświadczeniem lekarskim, wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe); b) dysfunkcji narządu wzroku , gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni;	☐	☐	
5.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć: – pełnomocnictwo, – pisemne oświadczenie pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był 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 jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	☐	☐	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	☐	☐	
7.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 3 – zgodę na przetwarzanie danych osobowych)	☐	☐	
8.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
9.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	☐	☐	
10.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	☐	☐	
11.	Dokument/zaświadczenie udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) wystawione dla Wnioskodawcy, który został dotknięty zdarzeniem losowym, skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie).	☐	☐	
12.	Oferta cenowa podpisana przez Wnioskodawcę	☐	☐	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	