

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 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 umysłowe	02- P choroby psychiczne	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - OSOBA GŁUCHA	04- O narząd wzroku
05- R narząd ruchu	06- E epilepsja	07- S choroby układu oddechowego i krążenia	08- T choroby układu pokarmowego
09- M ukł. moczowo - pęciowy	10- N choroby neurologiczne	11- I inne	12- 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 wniosekzł
---	---------

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

<p>zatrudniona/y:</p> <p>na czas nieokreślony</p> <p>na czas określony od dnia:..... do dnia:</p> <p>inny, jaki:</p>	<p>Nazwa pracodawcy:</p> <p>Adres miejsca pracy:</p> <p>.....</p> <p>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:</p>
<p>stosunek pracy na podstawie umowy o pracę</p> <p>stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę</p> <p>umowa cywilnoprawna</p> <p>staż zawodowy</p>	

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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
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)

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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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

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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu **Powiatu Dąbrowa Górnicza** tak - nie,
2. 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),
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. 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**, a także pod adresem: **www.mops.com.pl**
5. 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,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania - w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10%** ceny brutto,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
9. 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,
10. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	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, w którym złożono wniosek (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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 2a lub 2b do formularza wniosku</i> 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 dysfunkcją 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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Oferta cenowa podpisana przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

