Wniosek złożono w …… w dniu ……	Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

WNIOSEK – część A (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu
AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar B – Zadanie 5
Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

(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.)

Informacje dotyczące wnioskodawcy *(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)*																
Imię i nazwisko																
Data urodzenia																
Dowód osobisty ***(wypełnić w przypadku braku numeru PESEL)***	Seria: …… Numer:……..								Wydany przez:……..…… w dniu:…… ważny do:……							
PESEL												płeć	kobieta		mężczyzna	
Gospodarstwo domowe:	☐ samodzielne			☐ wspólne					☐ osoba samotnie wychowująca osobę zależną							
Stan cywilny: :	☐ wolny			☐ żonaty/zamężna					Kontakt telefoniczny:							
Adres email:																
Miejsce zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)																
Ulica									Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość									Kod pocztowy							
Województwo									Powiat							
Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)																
Ulica									Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość									Kod pocztowy							
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny od adresu zamieszkania):																

Informacje dotyczące podopiecznego																
Imię i nazwisko																
Data urodzenia											pokrewieństwo					
PESEL											płeć	kobieta		mężczyzna		

Miejsce zamieszkania				
Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			
Województwo	Powiat			

Dochód gospodarstwa domowego	
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił …… zł (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Osoba zatrudniona ☐	**Nie dotyczy** ☐
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	☐
Umowa cywilnoprawna	☐
Staż zawodowy	☐
Działalność gospodarcza Nr NIP: ……..	☐
Inny, jaki:.....	☐
☐ na czas określony od dnia..... do dnia.....	☐ na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy:	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ……..

Wykształcenie wnioskodawcy			
☐ podstawowe	☐ zawodowe	☐ średnie ogólne	☐ wyższe
☐ gimnazjalne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne	☐ inne, jakie: ……

Aktualnie realizowany etap kształcenia	**Nie dotyczy** ☐	
☐ szkoła branżowa	☐ 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

Rejestracja w Urzędzie Pracy	**Nie dotyczy** ☐
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach …….)	☐
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach ……...)	☐

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)		
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny	☐ I grupa
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany	☐ II grupa
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki	☐ III grupa
☐ orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż		

Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z PZON, MZON lub WZON)			
☐ **01-U** upośledzenie umysłowe	☐ **04-O** narząd wzroku	☐ **07-S** ukł. oddechowy/krążenia	☐ **10-N** choroby neurologiczne
☐ **02-P** choroby psychiczne	☐ **05-R** narząd ruchu	☐ **08-T** układ pokarmowy	☐ **11-I** inne
☐ **03-L** narząd słuchu/zaburzenia mowy	☐ **06-E** epilepsja	☐ **09-M** ukł. moczowo - płciowy	☐ **12-C** zaburzenia rozwojowe

Dysfunkcja obu kończyn górnych	☐
Dysfunkcja obu kończyn dolnych	☐
Dysfunkcja jednej kończyny górnej	☐
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej	☐
Dysfunkcja narządu wzroku	☐
Dysfunkcja narządu słuchu	☐
Inne przyczyny	☐
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego	☐
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie	☐
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)	☐

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie	☐ TAK ☐ NIE

Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania	Termin rozliczenia

Łącznie		

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

Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca

Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100%
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 10 % ceny brutto)	zł.	% ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie	zł	
Słownie	zł	

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania	**ORIENTACYJNA CENA brutto** *(kwota w zł)*
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup baterii	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje sprzęt elektroniczny

☐ **TAK** (model, rok produkcji): ☐ **NIE**

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku: .....

gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ **NIE** ☐**TAK**, w dniu: …….....r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

……

……

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 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**

Cel szczegółowy programy:

Likwidacja barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym

1) Uzasadnienie wniosku *Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!*	…… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
2) Czy wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?	□ TAK – (rok otrzymania dofinansowania) …… □ NIE
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne? *(posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)*	☐TAK - (jeżeli tak proszę podać liczbę osób) …… ☐NIE DOTYCZY
4) Czy wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny?	☐TAK ☐NIE
5) Czy wnioskodawca został poszkodowany w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐TAK - (jeżeli tak proszę podać w jakich latach) …… ☐NIE

OŚWIADCZAM, ŻE:

1) nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego);
2) 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;
3) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: **www.hrubieszow.naszepcpr.pl**,
4) 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,

5) 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,
6) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **TAK - ☐ NIE**,
7) posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania lub rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, z odroczonym terminem płatności maksymalnie do 30 dni od daty wystawienia oraz dostarczeniu dowodu uiszczenia udziału własnego Wnioskodawcy, bądź adnotacji na rachunku lub fakturze VAT, że Wnioskodawca wpłacił gotówką udział własny (o ile dotyczy).

WAŻNE

- 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 2018, poz. 511, z późn. zmianami), 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.
- 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.

Hrubieszów, dn. ……/……../20……r. **……**

podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku					
		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*			
	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia).	☐	☐		
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku).*	☐	☐		
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	☐	☐		
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.	☐	☐	☐	
5.	Kserokopia/skan dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi - o ile dotyczy.	☐	☐	☐	
6.	Dokument potwierdzający formę i okres zatrudnienia.	☐	☐	☐	
7.	Dokument z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzający status osoby bezrobotnej.	☐	☐	☐	
8.	Kserokopia/skan dokumentu potwierdzająca posiadane wykształcenie.	☐	☐	☐	
9.	Dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki w szkole ponadpodstawowej lub ponadgimnazjalnej.	☐	☐	☐	
10.	Kserokopia/skan 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 2).	☐	☐	☐	
11.	W przypadku Wnioskodawcy poszkodowanego w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – dokument z odpowiedniej jednostki (np. ośrodek pomocy społecznej, straż pożarna, Policja) potwierdzający poniesienie szkody.	☐	☐	☐	
12.	Kserokopia/skan aktualnej Karty Dużej Rodziny (jeżeli wnioskodawca posiada).	☐	☐	☐	

13.	Oferta handlowa przedmiotu dofinansowania.	☐	☐	☐	
14.	Inne załączniki (należy wymienić):				
15.		☐	☐	☐	
16.		☐	☐	☐	

Hrubieszów, dn. ……/……../20……r. ……
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu