



Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4  
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania**

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                          | Zawartość   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1)<br><input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3)<br><input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4) |
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego   |
| <b>Imię:</b>                        |   |
| <b>Drugie imię:</b>                 |   |
| <b>Nazwisko:</b>                    |   |
| <b>PESEL:</b>                       |   |
| <b>Data urodzenia:</b>              |   |
| <b>Płeć:</b>                        | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |
| <b>Nr telefonu:</b>                 |   |
| <b>Adres e-mail:</b>                |   |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola                  | Zawartość  |
|-----------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>         |  |
| <b>Powiat:</b>              |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**
 Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Zawartość |
|---------------|-----------|
| Województwo:  |           |
| Powiat:       |           |
| Gmina:        |           |
| Ulica:        |           |
| Nr domu:      |           |
| Nr lokalu:    |           |
| Miejscowość:  |           |
| Kod pocztowy: |           |
| Poczta:       |           |

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

 Nie dotyczy

| Nazwa pola      | Zawartość   |
|-----------------|---|
| Imię:           |   |
| Drugie imię:    |   |
| Nazwisko:       |   |
| PESEL:          |   |
| Data urodzenia: |   |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

| Nazwa pola   | Zawartość   |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| Stopień niepełnosprawności:  | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| Grupa inwalidzka:  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| Niezdolność do pracy:  | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - osoba głucha
  - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
  - osoba niewidoma
  - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
  - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
  - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
- zatrudniony

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

| Forma zatrudnienia  | Od dnia |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  |         |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |         |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna  |         |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy  |         |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza  |         |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza   |         |

**OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM**

- Nie dotyczy
- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna

- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE  
 Każda inna, jaka:

### INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?**

- tak  nie

| Zadanie                               | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b> |                      |

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

- tak  nie

| Zadanie                               | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
| <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! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)” w 2020 r.”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

- tak  nie

### UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca 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 PCPR):**

- tak  nie

**Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:**

tak  nie

**Proszę wymienić:**

**Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:**

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:**

*W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.*

tak  nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa  
 media  
 Realizator programu  
 PFRON  
 inne, jakie:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

*Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2018 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019 r. - M.P. 2019, poz. 870), według wzoru:  $[(2.715 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;*

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

## PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4

| Przedmiot pomocy   | Typ sprzętu  | Cena brutto (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
|--|--|--------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |                    |   |
| <input type="checkbox"/> Smartfon lub tablet   | <input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |                    |   |
| <input type="checkbox"/> Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji  | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |                    |   |
| <input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji  | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |                    |   |
| <input type="checkbox"/> Linijka - urządzenie brajlowskie  | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |                    |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Drukarka - urządzenie brajlowskie   | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |  |  |
| <input type="checkbox"/> Każde inne urządzenie brajlowskie   | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |  |  |
| <input type="checkbox"/> Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |  |  |
| <input type="checkbox"/> Oprogramowanie  | <input type="checkbox"/> Stacjonarny<br><input type="checkbox"/> Mobilny<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |  |  |
| <b>Razem:</b>  |  |  |  |

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

| Nazwa pola                       | Zawartość |
|----------------------------------|-----------|
| <b>Numer rachunku bankowego:</b> |           |
| <b>Nazwa banku:</b>              |           |

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |

*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.*

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

|  |   |
|--|---|
| <i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i> | <i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i> |
|  |   |