



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

*program finansowany ze środków PFRON*

**Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpr-limanowa.pl](http://www.pcpr-limanowa.pl)**

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- |                                                                                                                                             |                                              |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <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: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- |                                                                 |                                                 |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie: | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych    | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych                    | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym                  |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

- |                                                    |                                      |                                      |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma           | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma     | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- |                                                             |                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                          |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja                                                                                 | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**☐ niezatrudniona/y: od dnia:..... ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki: .....

- |                                                                                                                     |                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę                                                  | Nazwa pracodawcy: .....<br>Adres miejsca pracy: .....<br>.....<br>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"/> staż zawodowy                                                                              |                                                                                                                                             |

☐ **działalność gospodarcza**

Nr NIP: .....

☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....☐ **działalność rolnicza**

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 :**                      tak ☐                      nie ☐

**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

[illegible]

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

**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. 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebe powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informacje Wnioskodawcy                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)                                                                                                                                                                                                                                                   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.                                                                                                              | <input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie<br><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności                                      |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania?                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie                                                                                                                                      |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie                                                                    |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                 |

**Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?<br>np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie<br><br><br>                            |
| 7) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON podniesie jakość wykonywanej przez niego pracy?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 8) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zmniejszy bariery ograniczające dostęp do edukacji?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 9) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało jego zatrudnienie?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 10) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi podwyższenie jego kwalifikacji?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 11) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi jego aktywizację społeczną?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |
| 12) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi uczestnictwo w społeczeństwie informacyjnym?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| <b>Zadanie nr 3 - specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania: | <b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Sprzęt elektroniczny:                                                                                                                                                                                                       |                                              |
| Elementy sprzętu elektronicznego:                                                                                                                                                                                           |                                              |
| Oprogramowanie:                                                                                                                                                                                                             |                                              |
| <b>RAZEM</b>                                                                                                                                                                                                                |                                              |

#### 5. Informacje uzupełniające

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> POSIADAM* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:<br><br><br> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

☐ NIE POSIADAM\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę\* kursy komputerowe: .....

CZY WNIOSKODAWCA\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: ☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

\* - należy zaznaczyć właściwe

## Oświadczam, że:

- O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego ☐ tak - ☐ nie,
- Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę 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](http://www.pfron.org.pl), a także:.....
- W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) 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 sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 30%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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, 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 w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

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

.....

**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Dołączono do wniosku                                         | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.               | Kserokopia aktualnego orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 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 formularza wniosku)                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a lub 2b do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | Klauzula przetwarzania danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - 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"/> |                          |
| 5.               | W przypadku zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | W przypadku kształcenia się na poziomie ponadgimnazjalnym: zaświadczenie potwierdzające kształcenie (o ile dotyczy)                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Zaświadczenie o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Potwierdzenie działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Potwierdzenie aktywnego poszukiwania pracy lub lepszego przygotowania do podjęcia pracy lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)                                                              | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | Dwie oferty cenowe na wnioskowany sprzęt                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Inne załączniki (należy wymienić):                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |