

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P”- Moduł I: Obszar B - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Zadanie nr 5: Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej
posiadanego sprzętu elektronicznego**

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.

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania
dofinansowania w ramach programu

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr-limanowa.pl

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

☐ 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		
☐ NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ 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: ☐		
☐ NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):		
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne	☐ 02- P choroby psychiczne
☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne
☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
☐ niezatrudniona/y: od dnia:..... ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy		
☐ przebywająca/y na rencie/emeryturze		
☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ 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

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

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

3. 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 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 potrzebę powtórznego/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)	
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.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - 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)?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):

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

6) 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.	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON podniesie jakość wykonywanej przez niego pracy?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
8) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zlikwiduje bariery w poruszaniu się?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
9) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zmniejszy bariery ograniczające dostęp do edukacji?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
10) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało jego zatrudnienie?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
11) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało aktywizację społeczną?	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, jakich:	
Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu elektronicznego:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem (z pkt 4)		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego w ramach programu?	
☐ NIE	☐ TAK - w ramach (np. programu) Wr.
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: r.	
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):	
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
numer rachunku bankowego	
nazwa banku	

*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 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:
- 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,
- W okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego/jego elementów/oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
- Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego/jego elementów/oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- 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 może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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 PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
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.	Klauzula przetwarzania danych osobowych (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	☐	☐	
4.	W przypadku zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	☐	☐	
5.	W przypadku kształcenia się na poziomie ponadgimnazjalnym: zaświadczenie potwierdzające kształcenie (o ile dotyczy)	☐	☐	
6.	Faktura lub inny dokument potwierdzający zakup sprzętu w ramach realizacji programu „Aktywny samorząd”	☐	☐	
7.	Dokument potwierdzający zakończenie okresu gwarancji zakupionego sprzętu w ramach realizacji programu	☐	☐	
8.	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)	☐	☐	
9.	Potwierdzenie działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)	☐	☐	
10.	Potwierdzenie aktywnego poszukiwania pracy 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)	☐	☐	
11.	Dwie oferty cenowe	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	
14.		☐	☐	