

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar B – zadanie 2**  
*Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego  
i oprogramowania*

(Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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	Seria: .....						Wydany przez:.....									
	Numer:.....						W dniu:..... ważny do:.....									
PESEL													pleć	kobieta		mężczyzna
Gospodarstwo domowe:			<input type="checkbox"/> samodzielne										<input type="checkbox"/> wspólne			
Stan cywilny:		<input type="checkbox"/> wolny		<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna		Tel. Komórkowy:										
Adres email:																

**Miejsce zameldowania**

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			

**Informacje dotyczące podopiecznego**

Imię i nazwisko																
Data urodzenia											pokrewieństwo					
PESEL												pleć	kobieta		mężczyzna	
<b>Miejsce zamieszkania</b>																
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 2 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

**Aktywność zawodowa/zatrudnienie osoby**Nie dotyczy ☐

Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, 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"/>
Inny, jaki:.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy	

**Wykształcenie wnioskodawcy**
☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ policealne ☐ wyższe ☐ inne jakie: .....
**Rejestracja w Urzędzie Pracy**Nie dotyczy ☐

Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....)	<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....)	<input type="checkbox"/>

**Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż		

**Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON/PZON)**

<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>04-O</b> narząd wzroku	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> układ oddechowy/krążenia	<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> <b>05-R</b> narząd ruchu	<input type="checkbox"/> <b>08-T</b> układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> narząd słuchu/zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> układ moczowo - płciowy	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/>			

<p><b>Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b></p> <p>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</p>		<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
--	--	--

[illegible]

	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	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

Wartość brutto przedmiotu dofinansowania	zł.	100 %
Wnioskowane dofinansowanie	zł.	
Słownie	zł.	

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania
--



	..... .....
2) Czy wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?	<input type="checkbox"/> TAK – Rok otrzymania dofinansowania ..... <input type="checkbox"/> NIE
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne? <i>(posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)</i>	<input type="checkbox"/> TAK (1osoba) <input type="checkbox"/> TAK (więcej niż 1 osoba) <input type="checkbox"/> NIE
4) Czy Wnioskodawca (podopieczny) został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innego zdarzenia losowego w 2018 lub 19r.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 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);
- 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 przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcp.r.lukow.pl](http://www.pcp.r.lukow.pl)
- 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 byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ TAK - ☐ NIE,
- posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania, 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.

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

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

Załączniki wymagane do wniosku					
Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<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 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie 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"/>		
4.	<b>Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 lub 5 do formularza wniosku)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku dołączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oferta handlowa szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):				
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

....., dn. .... / ..... / 20..... r. ....

.....  
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu