

Data wpływu wniosku:

Nr sprawy: PCPR
71802/...../2018

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Słubicach
Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach
pilotażowego programu „Aktywny samorząd” 2018 –
Moduł I

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.

Moduł I.: Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar B zadanie 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

(WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA NA RZECZ PODOPIECZNEGO)

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (wypełnić pismem drukowanym)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego pełnomocnik

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

PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniur.
przez..... ważny do.....r.

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA *

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

ADRES ZAMELDOWANIA

(wpisać, gdy jest inny niż miejsce zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od miejsca zamieszkania):
.....

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

* **miejsce zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

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

PESEL Dowód osobisty seria numer wydany w dniur.
przez..... ważny do.....r.**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

ADRES ZAMELDOWANIA

(wpisać, gdy jest inny niż miejsce zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od miejsca zamieszkania)
.....

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wskazać zgodnie z orzeczeniem) 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 o niepełnosprawności do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wskazać zgodnie z orzeczeniem)** **NARZĄD RUCHU (05-R)**, **CHOROBY NEUROLOGICZNE (10-N)**, **ZABURZENIA ROZWOJOWE (12-C)**w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innymWnioskodawca 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** **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (zaznaczyć właściwy kod/symbol): 01-**U** upośledzenie umysłowe 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego 11-**I** inne 02-**P** choroby psychiczne 06-**E** epilepsja 08-**T** choroby układu pokarmowego orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS – nie określające przyczyny niepełnosprawności

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:....., <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<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 Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

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

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożono wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPS?				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:				

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, czyt. ust.31 pkt 33 dokumentu pn. „Kierunki działań (...)”.

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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2

B zadanie 1 - Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny lub jego elementy, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu elektronicznego/jego elementy/oprogramowania:	Orientacyjny koszt brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny i/lub jego elementy	
Oprogramowanie:	
Urządzenia brajlowskie:	
RAZEM	
B zadanie 2 - Specyfikacja zakupu - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu i oprogramowania, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	Orientacyjny koszt brutto (kwota w zł)
RAZEM	

5. Informacje uzupełniające

posiadam/podopieczny posiada* następujący sprzęt elektroniczny (komputerowy, lektorski, brajlowski, inny) i oprogramowanie:
.....

nie posiadam/podopieczny nie posiada* sprzętu elektronicznego (komputerowego, lektorskiego, inny) i oprogramowania

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe lub inne w zakresie obsługi sprzętu elektronicznego :

Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego i oprogramowania: NIE TAK w roku w ramach.....
a także w roku w ramach

Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON na kurs/szkolenie z obsługi sprzętu elektronicznego i oprogramowania: NIE TAK w roku w ramach.....
a także w roku w ramach

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjny koszt brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
B zadanie 1		
w tym: urządzenia brajlowskie		
B zadanie 2		
RAZEM		

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

1. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
2. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu ślubickiego **tak** - **nie**,
3. 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,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania: **tak** - **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej: B zadanie 1 – 10% ceny brutto**),
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie 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/...../ 2018 r.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**7. Załączniki wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności 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 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 2b lub 2c do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika (sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W zależności od aktywności zawodowej zaświadczenie: 1. szkoły/uczelni potwierdzające pobieranie nauki lub 2. od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie/staż lub potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej lub 3. z PUP potwierdzające rejestrację wnioskodawcy w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako osoby poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oferta cenowa/kosztorys dotyczący przedmiotu dofinansowania wystawiony przez sprzedawcę/usługodawcę, od którego Wnioskodawca zamierza nabyć sprzęt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	