



**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL            Pełnoletni:  tak  niePłeć:  kobieta  mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -   .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

 miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** 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 – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej **04-O**  **12-C**  **03-L**  inne jakie: .....**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI** ŻŁOBEK PRZEDSZKOLE SZKOŁA PODSTAWOWA GIMNAZJUM TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA LICEUM TECHNIKUM SZKOŁA POLICEALNA KOLEGIUM STUDIA INNA, jaka ..... nie dotyczy**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y:  
od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

.....

.....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Adres miejsca pracy: .....

.....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

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: .....

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

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?			tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
zadania, w ramach których przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	rok w który zostało przyznane dofinansowanie	Wysokość otrzymanego dofinansowania	
<b>Razem otrzymane dofinansowanie:</b>				

### 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu ( w przypadku ubiegania się o ponownie udzielenie pomocy na ten sam cel należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania )</p>	
<p>Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)    <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>Czy w 2018 lub 2019 roku Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( przez osobę poszkodowaną należy rozumieć osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz.U.z 2018r. poz.1345), wobec której ( lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych ( budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, a także osobę którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym( np. pożar, kradzież, zalanie) udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę ( np. pomocy społecznej, straży pożarnej, policji).</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<b>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. Wnioskowana kwota dofinansowania

<b>Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł)</b>

#### 6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE (podać rok zakupu):..... .....
<input type="checkbox"/> PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO
<b>CZY PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO</b> i OPROGRAMOWANIA: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w ..... roku w ramach .....

#### Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy 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 przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr-zywiec.pl](http://www.pcpr-zywiec.pl)
- 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** 10% 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,

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 **byłem(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, 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.

<p>..... dnia ...../...../ 20... r.</p>	<p>..... <b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
---	---

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 10-11)

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR</b> <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych - załącznik nr 2 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku- (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) – <b>dotyczy tylko tych Wnioskodawców którzy nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu O, a ubiegają się o dofinansowanie z tytułu narządu wzroku O</b>			
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku- (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) – <b>dotyczy wszystkich Wnioskodawców którzy ubiegają się o dofinansowanie z tytułu dysfunkcji obu kończyn górnych</b>			
6.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku- (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku) – <b>dotyczy tylko tych Wnioskodawców którzy nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu L</b>			
7.	Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku- (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do wniosku) – <b>dotyczy wszystkich Wnioskodawców poniżej 16 roku życia, którzy ubiegają się o dofinansowanie z tytułu narządu wzroku</b>			
8.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
9.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny			
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	