



**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO****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  miasto powyżej 5 tys. mieszkańców  wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA/ 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 nie dotyczy nie dotyczy nie dotyczy orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA /PODOPIECZNEGO** NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: dysfunkcja obu kończyn górnych Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego **03-L** w zakresie:  osoba głucha  osoba głuchoniema **04-O** w zakresie:  osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma **10-N**  **12-C**  **01-U**  **02-P**  **06-E**  **07-S**  **08-T**  **09-M**  **11-I**  **12-C****AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA DZIECKA /PODOPIECZNEGO** nie dotyczy nieaktywna/y zawodowo bezrobotna/y (zarejestrowana/y w PUP) podać okres zarejestrowania w pełnych miesiącach :..... poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w PUP i niezatrudniony) zatrudniona/y**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC****FORMA ZATRUDNIENIA****OD DNIA DO DNIA** 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		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		
<b>OBECNIE WNIOSKODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/ UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM</b>		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> przedszkole	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> technikum	<input type="checkbox"/> liceum
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia I stopnia
<input type="checkbox"/> studia II stopnia	<input type="checkbox"/> studia magisterskie (jednolite)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> przewód doktorski	<input type="checkbox"/> szkoła doktorska
<input type="checkbox"/> uczelnia zagraniczna	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach UE	<input type="checkbox"/> inna jaka:

<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....</b>		
.....		
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

<b>Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON_ w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie) w tym poprzez PCPR lub MOPR?</b>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
ZADANIE	Kwota dofinansowania	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>		

### 3.UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/ umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu.( Uzasadnieni można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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
Czy w 2019 lub 2020 roku Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( przez osobę poszkodowaną należy rozumieć osobę zamieszkującą 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).	<input type="checkbox"/> - nie    tak- <input type="checkbox"/>

### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto ( w zł.)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł.)	Deklarowany wkład (w zł.)
<input type="checkbox"/> standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie ( monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> smartfon lub tablet	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> linijka- urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> drukarka- urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> każde inne urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> oprogramowanie	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> mobilny <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<b>RAZEM</b>	<b>x</b>			

## 5. Informacje uzupełniające

DZIECKO/PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE ( proszę wymienić):.....

DZIECKO/PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

**CZY DZIECKO/PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO**

i OPROGRAMOWANIA:  **NIE**  **TAK** w ..... roku w ramach .....

**CZY DZIECKO/PODOPIECZNY MA UKOŃCZONE KORSY KOMPUTEROWE**  **NIE**  **TAK** wymienić jakie .....

## 6. Dane rachunku bankowego Wnioskodawcy

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**  
na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

## 7. Średni dochód

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**  indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód netto **na osobę** w gospodarstwie Wnioskodawcy wynosi: .....

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy- dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1ha przeliczeniowego w 2018 roku( obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019r. – M.P.2019, poz. 870), według wzoru ( 2.715 zł. x liczba hektarów/12) liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu(..) gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. ( Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### **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)

4.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

5.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),

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 **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, 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.

<p>..... dnia ...../...../ 20... r.</p> <p style="text-align: right;">..... <b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
--

### 8. Załączniki wymagane do wniosku

<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.	Klauzula informacyjna dotyczą ochrony danych osobowych - załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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 2 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>			
4.	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 3 do wniosku) – <b>dotyczy wszystkich Wnioskodawców którzy ubiegają się o dofinansowanie z tytułu dysfunkcji obu kończyn górnych</b>			
5.	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 4 do wniosku) – <b>dotyczy tylko tych Wnioskodawców którzy nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu L</b>			
6.	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 5 do wniosku) – <b>dotyczy wszystkich Wnioskodawców poniżej 16 roku życia, którzy ubiegają się o dofinansowanie z tytułu narządu wzroku</b>			
7.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
8.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny			
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	