



program finansowany ze środków PFRON

Data wpływu Wniosku do PCPR:

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

PCPR.6113. .... .2016

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON  
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**[ P ]**

**Moduł I Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym**

- Zadanie nr 1** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,  
 **Zadanie nr 2** – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,

*Wniosek 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. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )**

*Wniosek należy złożyć w: Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut  
Bądź przestać listem poleconym na powyższy adres (decyduje data stempla pocztowego).*

**Termin składania wniosku: do 30 sierpnia 2015 r.**

**1. Dane Wnioskodawcy**

imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ___/___/____ r.	płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ___/___/____ r.	data ważności dokumentu ___/___/____ r.	
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty		Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
miejsce zamieszkania (adres) - pobyt stały			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
wielkość miejscowości zamieszkania: <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś			
adres zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		<b>kontakt:</b>	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		E-mail (o ile dotyczy)	

**2. Stan prawny orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego**

<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<b>Ważność orzeczenia:</b>	<input type="checkbox"/> do dnia: ___ / ___ / _____ r.	<input type="checkbox"/> ważne bezterminowo
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe		
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne		
<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu		
<input type="checkbox"/> 04-O dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	
	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> 05-R dysfunkcja narządu ruchu	w zakresie:	
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych
	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
	<input type="checkbox"/> innym	
<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja		
<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia		
<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego		
<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – płciowego		
<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne		
<input type="checkbox"/> 11-I inne		
<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		
<b>Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:</b>		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		
<input type="checkbox"/> porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		

**3. Aktywność zawodowa**

<input type="checkbox"/> <b>zatrudniona/y:</b>	Forma zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
Date rozpoczęcia pracy ___ / ___ / _____ r.		<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
	Czas zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
		<input type="checkbox"/> na czas określony do dnia: ___ / ___ / _____ r.
	Miejsce zatrudnienia – Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
	Telefon kontaktowy:	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	Nr NIP:	
Działalność prowadzona na podstawie:		(Proszę podać odpowiednie Nr/ nazwę urzędu/ inną podstawę.)
<input type="checkbox"/> wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr		
<input type="checkbox"/> dokonanego w urzędzie		
<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y:	Zarejestrowany w PUP jako:	Data rejestracji w PUP:
	<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	___ / ___ / ____ r.
	<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

**4. 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"/> kolegium                        | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                  |
| <input type="checkbox"/> liceum                     | <input type="checkbox"/> studia I stopnia                | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                 |
| <input type="checkbox"/> technikum                  | <input type="checkbox"/> studia II stopnia               | <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE |
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna          | <input type="checkbox"/> studia magisterskie (jednolite) | <input type="checkbox"/> nie dotyczy                         |
| <input type="checkbox"/> inna, jaka:                |  |  |

**Nazwa i adres szkoły, do której wnioskodawca uczęszcza**

nazwa szkoły	klasa/rok
ulica	nr domu
miejsowość	kod pocztowy
telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji	

**5. 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?

Nie  Tak (należy uzupełnić poniższe dane)

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
RAZEM:						



**7 a). Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – Moduł I Obszar B Zadanie 1/Zadanie 2**

<b>Zadanie nr 1</b> – proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	<b>Orientacyjna cena brutto</b> (kwota w zł)
a) <b>Sprzęt elektroniczny:</b>	
▪	
▪	
▪	
▪	
▪	
b) <b>Elementy sprzętu elektronicznego:</b>	
▪	
▪	
▪	
c) <b>Oprogramowanie:</b>	
▪	
▪	
▪	
▪	
d) <b>Urządzenia brajlowskie:</b>	
▪	
▪	
▪	
▪	
<b>Razem</b>	
<b>Zadanie nr 2</b> – proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, <u>nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie</u>	<b>Orientacyjna cena brutto</b> (kwota w zł)
▪	
▪	
▪	
▪	
▪	
<b>Razem</b>	

**7 b). Informacje uzupełniające**

posiadam/podopieczny posiada\* następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

nie posiadam/podopieczny nie posiada\* sprzętu komputerowego

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursy komputerowe:

**Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego:**

Nie       Tak w: ..... roku w ramach: .....

oraz w: ..... roku w ramach: .....

*Do wniosku należy dołączyć wycenę proponowanego zakresu dofinansowania wymienionego powyżej*

**8. Wnioskowana kwota dofinansowania przedmiotu wniosku wymieniona w pkt. 7**

**W ramach Modułu I Obszar B Zadanie 1 wymagany jest wkład własny w wysokości co najmniej 10 %.**

	<b>Orientacyjna cena brutto (w zł)</b>	<b>Udział własny Wnioskodawcy (w zł)</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł)</b>
a) <b>Zadanie nr 1</b> – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania			
<b>Wkład własny wynosi: (w %)</b>			
b) <b>Zadanie nr 2</b> – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,			

**10. Oświadczenia wnioskodawcy**

**Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że:**

- 1) podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) o dofinansowanie ze środków PFRON objęte zakresem niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łancuckiego;  tak \  nie
- 3) nie będzie w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;  tak \  nie
- 5) wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  posiadam \  nie posiadam
- 6) wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:  posiadam \  nie posiadam

**Rodzaj zobowiązania:**

**Uwaga!** – w ramach programu „Aktywny Samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby które w przeszłości, były stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie bądź posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od końca roku, w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON

- 7) posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 10 % kosztów cenny brutto;
- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr-lancut.pl](http://www.pcpr-lancut.pl);
- 11) o wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;

- 12) dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocne;
- 13) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

**art. 233 §1** *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

**§2** *Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.*

*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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Miejscowość

podpis wnioskodawcy  
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Źródło informacji możliwości  
uzyskania dofinansowania  
w programie:

- Realizator programu (PCPR)
- PFRON
- media

- firma handlowa
- inne (jakie?)

11. Wymagane załączniki do wniosku	Dołączono do wniosku (wypełnia pracownik realizatora)	
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)		
2. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 13 do Regulaminu dofinansowań w ramach pilotażowego programu „aktywny samorząd” w Powiecie Łańcuckim) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu		
3. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 14 do Regulaminu ...)		
4. Wycena wnioskowanego przedmiotu		
5. Zaświadczenie lekarskie		
1) wystawione wg wzoru określonego w załączniku nr 16 do regulaminu – w przypadku wnioskodawcy z dysfunkcją narządu ruchu		
2) wystawione wg wzoru określonego w załączniku nr 17 do regulaminu – w przypadku wnioskodawcy z dysfunkcją narządu wzroku		
6. Inne dokumenty:		
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - pełnomocnictwo Wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

Dane pełnomocnika (należy podać w przypadku ustanowienia)			
imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ____ / ____ / ____		pleć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ____ / ____ / ____		data ważności dokumentu ____ / ____ / ____
Adres zamieszkania			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta		gmina
adres korespondencyjny: <i>(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</i>		<b>Kontakt:</b>	
		tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		e-mail (o ile dotyczy)	

**Do wniosku należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo notarialne.**