



Wniosek złożono w	
w dniu	

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I

OBSZAR B – ZADANIE 1
POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA

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)

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE		
Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.		
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.		
przez..... Płeć: kobieta mężczyzna		
ważny dor.		
PESEL	Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:	samodzielne (osoba samotna) wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo miasto wieś		ADRES ZAMELDOWANIA <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):		Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... email (o ile dotyczy):
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:	
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
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 dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: **obu** kończyn górnych **jednej** kończyny górnej
obu kończyn dolnych **jednej** kończyny dolnej innym

Wnioskodawca **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

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - osoba głucha Ubytek słuchu..... (dB)	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	10- N choroby neurologiczne	12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

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

na czas nieokreślony inny, jaki:

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

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

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

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:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

* **Cel główny programu:** Wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	Orientacyjna cena /kwota wnioskowana (kwota brutto w zł)
Sprzęt elektroniczny:	Orientacyjna cena sprzętu: Kwota wnioskowana:
Elementy sprzętu elektronicznego:	Orientacyjna cena sprzętu: Kwota wnioskowana:
Oprogramowanie:	Orientacyjna cena oprogramowania: Kwota wnioskowana:

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (suma z pkt 5)	Kwota wnioskowana	Deklarowana kwota udziału własnego (minimum 10% ceny brutto)

7. Informacje uzupełniające

<p>POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:</p> <p>.....</p> <p>NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO</p> <p>Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:</p> <p>.....</p>
<p>CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO</p> <p>i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w roku w ramach</p> <p>a także w roku w ramach</p>

Oświadczam, że:

STRONA 6

- 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,
- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- 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, a także: www.powiatgrudziadzki.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego i oprogramowania: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu komputerowego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto** sprzętu elektronicznego i 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,
- 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,
- 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/...../20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 2 do 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.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3a do wniosku) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3b do wniosku) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3c do wniosku) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie o pobieraniu przez podopiecznego nauki w szkole ponadgimnazjalnej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1 nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4 nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (<i>zaznaczyć właściwe</i>):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	z - tak z - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	z - tak z - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	z - tak z - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B zadanie 2, C zadanie 2)	z - tak z - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	z - tak z - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	z - tak z - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	z - tak z - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:/...../ 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku:	pozytywna	negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	z - tak	z - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	z - tak	z - nie

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej/...../ 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej/...../ 20..... r. (o ile dotyczy)

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:					
a)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim	10	20		
b)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	10			
2 Aktywność zawodowa:					
a)	osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe (np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo osoba, która jednocześnie działa na rzecz osób niepełnosprawnych, albo która w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	5	65		
b)	osoba zatrudniona	60			
3 Posiadane wykształcenie:					
a)	Wyższe	10	10		
b)	Średnie/ponadgimnazjalne	5			
4 Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a)	osoba studiuje na wyższej uczelni	10	10		
b)	osoba uczy się w szkole ponadgimnazjalnej	5			
5 Inne kryteria:					
a)	Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe	5	15		
b)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	10			
	(jeden przypadek do wyboru)	15			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)		Maksymalnie	120		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20..... r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń	
	pozytywna:
			data i czytelny podpis eksperta	

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1 nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4 nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora
programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: