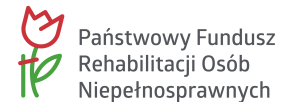




REALIZATOR PROGRAMU:
 POWIAT ŚWIECKI
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
 ul. Wojska Polskiego 195a 86-100 Świecie
 tel. 52 56 83 204



program finansowany ze środków PFRON

PCPR.500.3.4.....2018.____
 Nr rej. ____/2018

DATA WPŁYWU WNIOSKU
 (wypełnia realizator programu)

WNIOSEK

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

Moduł I obszar B zadanie 2

DOFINANSOWANIE SZKOLEŃ W ZAKRESIE OBSŁUGI NABYTEGO W RAMACH PROGRAMU SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO I 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.

Informacje Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

osoba pełnoletnia rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

PESEL

Dowód osobisty seria numer

wydany w dniu.....r. przez.....data ważności

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt

stały

Kod pocztowy -
 (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
 (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy):

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

PESEL

Pełnoletni: tak nie

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (jeśli jest inny niż Wnioskodawcy- pobyt stały)

Kod pocztowy - Miejscowość Ulica

Nr domu nr lok. Powiat Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

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

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:.....

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

znacznym stopień	umiarkowany stopień	lekki stopień	osoby w wieku do 16 lat zaliczone do osób niepełnosprawnych
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		całkowita niezdolność do pracy	częściowa niezdolność do pracy
I grupa inwalidzka		II grupa inwalidzka	III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie obu kończyn górnych: TAK NIE innym, jakim:.....

Wnioskodawca : porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: NIE TAK: samodzielnie niesamodzielnie

NARZĄD WZROKU 04-O: osoba niedowidząca osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę 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 - pęciowego**02-P** choroby psychiczne**06-E** epilepsja**08-T** choroby układu pokarmowego**10-N** choroby neurologiczne**12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe**11-I** inne**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
powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
umowy cywilnoprawnej
stażu zawodowego

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:

brak podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne, jakie: wyższe

OBCENIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

SZKOŁA PODSTAWOWA GIMNAZJUM SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA, jaka:

SZKOŁA WYŻSZA, jaka: 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 (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						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)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy Termin rozliczenia	Oddział PFRON/ PCPR/MOPR w którym uzyskano dofinansowanie	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							
POTWIERDZENIE DANYCH:							
1. PCPR: _____							
2. PFRON: _____							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:							
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął							
Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego:						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

3. Dodatkowe informacje

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy uzyskane dofinansowanie przyczyni się do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie włączenia się do społeczeństwa informacyjnego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie stosownego roganu dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Obszar B zadanie 2 Specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
RAZEM	

5. Informacje uzupełniające

- A.** POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE, ROK PRODUKCJI:
-
- NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO
- Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:
- CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK** w roku w ramach
- a także w roku w ramach
- B. Jestem beneficjentem pomocy w ramach obszaru: B1 B2 B3** w roku:
- Będę beneficjentem pomocy w ramach obszaru B: zadanie 1** w roku:

6. Uzasadnienie:

1) Przedmiot dofinansowania przyczyni się do wyeliminowania lub zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym i/lub zawodowym: tak nie

2) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania:

7. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 - w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
_____	_____

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy*

Nazwa banku

Imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego

.....

* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby (w załączeniu oświadczenie)

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. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info
3. 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,
4. przyjmuję do wiadomości, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON
5. nie mam zaległości wobec Funduszu oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
6. **otrzymałem(am) nie otrzymałem(am)** dofinansowanie(a) ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016r, poz. 2046), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i *(należy wypełnić w przypadku osób, które otrzymały dofinansowanie)*, **nie naruszyłem(am)** warunki(ów) umowy, **naruszyłem (am)** warunki(ów) umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i **doprowadziłem(am), nie doprowadziłem(am)** do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku

7. **nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)**
8. przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku
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. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
11. 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.

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// 2018r. Wnioskodawcy
---------------------------------	------------------------------

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) - załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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"/>	
4.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują – wystawione przez uczelnie zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	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"/>	
8.	Ulotka informacyjna dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wraz z ofertą cenową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej- wystawiona na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej lub potwierdzenie przez właściwą jednostkę (pomocy społecznej, straży pożarnej, Policji) o zdarzeniu losowym skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	