

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
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś**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 inwalidzkaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**☐ **NARZĄD RUCHU**, w zakresie:☐ obu kończyn dolnych☐ jednej kończyny dolnej☐ 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☐ **INNE PRZYCZYNY**niepełnosprawności wynikające z
orzeczenia (proszę zaznaczyć
właściwy kod/symbol):

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

☐ 01-**U** upośledzenie

umysłowe

☐ 07-**S** choroby układu oddechowego☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego☐ 09-**M** choroby układu moczowo-płciowego☐ 02-**P** choroby psychiczne

rozwojowe

☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - **OSOBA GŁUCHA**☐ 10-**N** choroby neurologiczne☐ 11-**I** inne☐ 12-**C** całościowe zaburzenia☐ 06-**E** epilepsja

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:		
ośrodek szkolno-wychowawczy: tak ☐ nie ☐		internat: tak ☐ nie ☐
Nauka prowadzi do: ☐ zdania matury ☐ uzyskania średniego wykształcenia ☐ uzyskania zawodu		
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?		tak ☐ nie ☐
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: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy		
☐ 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:	

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 ☐	nie ☐
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 uzyskane dofinansowanie:							

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 zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty upłynął a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone.		

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, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego i wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia lub kwalifikacje zawodowe wnioskodawcy)	
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak ☐ - nie
3) Czy w Wnioskodawca otrzymał dotąd dofinansowanie na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem?	☐ - tak ☐ - nie

4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (dotyczy pomocy udzielonej ze środków PFRON dla wnioskodawcy lub członków jego gospodarstwa w ciągu ostatnich 3 lat, z wyłączeniem dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, turnusów rehabilitacyjnych)	☐ - tak ☐ - nie
Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

6. Informacje uzupełniające

☐ Posiadam/Podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie
☐ Nie posiadam/ Podopieczny nie posiada sprzętu komputerowego Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:.....

*- należy zaznaczyć właściwe

7. Oświadczenie o wysokości dochodów:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2017. poz. 1952) w przeliczeniu na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi :zł

(słownie: zł)

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:

☐ samodzielne gospodarstwo domowe

☐ wspólne gospodarstwo domowe

Oświadczam, że:

- o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Tarnobrzegu ☐ tak - ☐ nie. W danym roku nie będę się ubiegał(a) odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: pcprtarnobrzeg.pl
- 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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

8. 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 albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał w którym złożono wniosek.	☐	☐	
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	☐	☐	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	