



**Realizator programu: Powiat Staszowski**

W 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. Realizator zastrzega sobie możliwość wezwania Wnioskodawcy do udokumentowania informacji zawartych w wniosku.

<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku (znaczný stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie nr 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku (umiarkowany stopień niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie nr 4</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie nr 5</b>	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
PESEL <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 25px; border: 1px solid black; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 30px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 55px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 75px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 95px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 25px; left: 5px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 25px; left: 30px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 25px; left: 55px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 25px; left: 75px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 25px; left: 95px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> , cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość ( <u>uzupełnić</u>	
w przypadku braku nr PESEL) : nazwa dokumentu: .....	
seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez.....; termin ważności dokumentu	
tożsamości do dnia..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta , <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne , <input type="checkbox"/> wspólne; Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y ; <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>  Kod pocztowy <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 25px; border: 1px solid black; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 30px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 55px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 75px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 95px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> - <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 25px; border: 1px solid black; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 30px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 55px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 75px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 95px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> ..... <div style="text-align: center; font-size: small;">(pocztą)</div> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <div style="font-size: small;"><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców; <input type="checkbox"/> inne miasto; <input type="checkbox"/> wieś</div>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (pobyt stały )  Kod pocztowy <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 25px; border: 1px solid black; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 30px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 55px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 75px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 95px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> - <div style="display: inline-block; width: 100px; height: 25px; border: 1px solid black; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 30px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 55px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 75px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="position: absolute; top: 5px; left: 95px; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> ..... <div style="text-align: center; font-size: small;">(pocztą)</div> Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....

**ADRES KORESPONDENCYJNY:**Kod pocztowy   -    .....  
(poczt)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

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: .....**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL            Pełnoletni: tak ☐ nie ☐Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐Kod pocztowy   -    .....  
(poczt)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/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☐ orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/ PODOPIECZNEGO**☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym ☐ NIE DOTYCZYWnioskodawca/Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca/Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca/Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia: <input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>		
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego
		<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
		<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO</b>		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowany w PUP od dnia:.....		
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia: .....		
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y nie zarejestrowany w PUP		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Nazwa pracodawcy: ..... .....
<input type="checkbox"/> 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		Adres miejsca pracy: ..... ..... Tel. kontaktowy do pracodawcy.....
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> nie dotyczy	Miejsce prowadzenia działalności: .....	
<b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>		
<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/PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ**

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY 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 jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym składany jest wniosek o dofinansowanie ?

tak ☐ ; nie ☐

Nazwa instytucji, która przyznała pomoc ze środków PFRON

Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia

Beneficjent

(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)

Wysokość otrzymanego dofinansowania

Razem wysokość otrzymanego dofinansowania:			

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!** Termin wymagalnych zobowiązań został określony w ust.31 pkt 43 „Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 roku.

### 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. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na potrzebę powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON na ten sam cel. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z aktywnością zawodową i nauką podopiecznego lub wnioskodawcy.	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

<p>ciąg dalszy pkt 1</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy/Podopiecznego jest sprzężona (u Wnioskodawcy/Podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> - więcej niż 3 przyczyny</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania określonego ogólnie we wnioskowanym zadaniu. (Udzielając odpowiedzi należy brać pod uwagę każdą pomoc przyznaną ze środków PFRON).</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy/Podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca/Podopieczny jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (należy wziąć pod uwagę 2018 oraz 2019 rok) w rozumieniu ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ciąg dalszy pkt 6

7) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu.

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B, zadanie 1 ;**    ☐ dotyczy,   ☐ nie dotyczy

<b>Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu</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)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
<b>RAZEM</b>	

**Informacje uzupełniające:**

**Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego, lub jego elementów oraz oprogramowania**

☐ **NIE** ;   ☐ **TAK** - w roku ..... (rok, w którym została zawarta umowa)

**Rodzaj dofinansowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (opisać):**

.....

.....

.....

.....

**Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął:**    ☐ **NIE** ;   ☐ **TAK**, w: ..... roku.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ **NIE** , ☐ **TAK**, w roku: ..... r.

☐ **POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:** .....

.....

.....

☐ **NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO**

*\*- należy zaznaczyć właściwe*



**5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B, zadanie 2 ;**    ☐ dotyczy,   ☐ nie dotyczy

<b>Zadanie nr 2 - specyfikacja</b> - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto</b> (kwota w zł)
<b>RAZEM</b>	

**Informacje uzupełniające:**

<p><b>Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON do kosztów szkoleń obsługi nabytego w ramach programu „Aktywny Samorząd” sprzętu elektronicznego i oprogramowania</b></p> <p> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>     ;    <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> - w roku ..... (rok, w którym została zawarta umowa)         </p>
---

\*- należy zaznaczyć właściwe

**6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B, zadanie 3 ;    ☐ dotyczy,   ☐ nie dotyczy**

<b>Zadanie nr 3 - specyfikacja zakupu</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)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
<b>RAZEM</b>	

**Informacje uzupełniające:**

**Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego, lub jego elementów oraz oprogramowania**

☐ **NIE** ;    ☐ **TAK** - w roku ..... (rok, w którym została zawarta umowa)

**Rodzaj dofinansowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (opisać):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął:**    ☐ **NIE** ;    ☐ **TAK**, w: ..... roku.

**Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:** ☐ **NIE** , ☐ **TAK**, w roku: ..... r.

☐ **POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:** .....

.....

.....

☐ **NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO**

*\*- należy zaznaczyć właściwe*

**7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B, zadanie 4 ;**    ☐ dotyczy,   ☐ nie dotyczy

<b>Zadanie nr 4 - specyfikacja zakupu</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)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
<b>RAZEM</b>	

**Informacje uzupełniające:**

**Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego, lub jego elementów oraz oprogramowania**

☐ **NIE** ;    ☐ **TAK** - w roku ..... (rok, w którym została zawarta umowa)

**Rodzaj dofinansowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (opisać):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął:**    ☐ **NIE** ;    ☐ **TAK**, w: ..... roku.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ **NIE** , ☐ **TAK**, w roku: ..... r.

☐ **POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:** .....

.....

.....

.....

☐ **NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO**

*\*- należy zaznaczyć właściwe*

**8. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B, zadanie 5 ;    ☐ dotyczy,   ☐ nie dotyczy**

<b>Zadanie nr 5 - Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu „Aktywny Samorząd”</b>	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, tj. :	
Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, tj.:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, tj.:	
Koszty montażu/naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
<b>RAZEM</b>	

**Informacje uzupełniające:**

**Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego, lub jego elementów oraz oprogramowania, w ramach programu „Aktywny Samorząd”**

☐ **NIE** ;    ☐ **TAK** - w roku ..... (rok, w którym została zawarta umowa)

**Rodzaj dofinansowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (opisać):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął:**    ☐ **NIE**    ☐ **TAK**, w: ..... roku.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ **NIE** , ☐ **TAK**, w roku: ..... r.

*\*- należy zaznaczyć właściwe*

## 9. Wnioskowana kwota dofinansowania w ramach poszczególnych zadań

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto	Udział własny (w zł) Wnioskodawcy	Kwota wnioskowana ze środków PFRON (kwota w pełnych zł)
Zadanie nr 1		..... (co najmniej 10%)	
Zadanie nr 2		nie wymagany	
Zadanie nr 3		..... (co najmniej 30%)	
Zadanie nr 4		..... (co najmniej 10%)	
Zadanie nr 5		..... (co najmniej 10%)	
<b>ŁĄCZNIE</b>			

## 10. Informacje uzupełniające

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

numer rachunku bankowego .....

właściciel rachunku .....

nazwa banku .....

## 11. Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu **Powiatu Staszowskiego** ☐ tak - ☐ nie
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie wnioskowanego przedmiotu 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 dofinansowania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest

dostępny pod adresem strony internetowej [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

5. zapoznałam(em) się z przyjętymi przez Realizatora „Zasadami przyznawania i rozliczania dofinansowań ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową w 2019 roku”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem [www.staszowski.eu](http://www.staszowski.eu) zakładka „Aktywny Samorząd”,
6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup przedmiotu dofinansowania: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie przedmiotu dofinansowania:  
**co najmniej 10% ceny brutto - Obszar B zadanie 1** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy  
**co najmniej 30% ceny brutto – Obszar B zadanie 3** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy  
**co najmniej 10% ceny brutto- Obszar B zadanie 4** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy  
**co najmniej 10% ceny brutto- Obszar B zadanie 5** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
9. 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,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,

*Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać (art. 79 Kodeksu Cywilnego).*

.....dnia .....

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

## 12. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w zależności od zadania) lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy oraz jego podopiecznego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia /niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a lub 3b lub 3c do formularza wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia /skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych dokumenty, o których mowa w ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (jakie?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.				

Potwierdzam kompletność złożonych do wniosku dokumentów

Data, podpis i pieczęćka imienna pracownika Realizatora