



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

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 ☐)

☐ **Moduł I**

☐ **Obszar B – Zadanie 1**

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych

☐ **Obszar B – Zadanie 2**

Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

☐ **Obszar B – Zadanie 3**

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku

☐ **Obszar B – Zadanie 4**

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy

☐ **Obszar B – Zadanie 5**

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

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

**DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko.....Data urodzenia .....r.

PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

lub w przypadku braku nr PESEL dokument tożsamości rodzaj ..... i nr .....

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Województwo .....

☐ miasto ☐ wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Powiat .....

Województwo .....

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:

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- |                                                                                                                                             |                                              |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy                                                                                     | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy                                                                                     | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
- |                                              |                                                 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej |
| <input type="checkbox"/> 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: ☐
- Wnioskodawca nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**, w zakresie:

**Lewe oko:**

Ostrość wzroku (w korekcji): .....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**Prawe oko:**

Ostrość wzroku (w korekcji): .....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

- ☐ osoba niewidoma
- ☐ osoba głuchoniewidoma

☐ **NARZĄD SŁUCHU 03-L**, w zakresie:

**Lewe ucho:**

Ubytek słuchu: ..... decybeli

**Prawe ucho:**

Ubytek słuchu: ..... decybeli

- ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ dysfunkcja wymaga korzystania przez Wnioskodawcę z usług tłumacza języka migowego

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

- |                                                             |                                                                             |                                                                          |                                                             |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja                             | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego         | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                  |                                                                       |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

- ☐ niezatrudniona/y: od dnia: .....
- ☐ zarejestrowany w urzędzie pracy jako:
- ☐ bezrobotna/y: od ..... ☐ poszukująca/y pracy: .....
- ☐ nie dotyczy

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy<br>Okresy zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia. |                                                                                                                                                                                              | Nazwa pracodawcy: .....<br>Adres miejsca pracy: .....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza<br>Nr NIP: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....<br><input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: ..... |                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Miejsce prowadzenia działalności: .....                                                                                                                                                      |                                                                                                                                          |

### OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <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         |
| <b>NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</b><br>Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....<br>Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....<br>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 przed rokiem, w którym został złożony wniosek (lata 2016-2019), 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) | Wysokość otrzymanego dofinansowania                       |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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: .....                                                                                                                                                      |                                                           |
| <b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, zgodnie z ust. 31 pkt 43 dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku” |                                                           |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I**

**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, 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. 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 (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Informacje Wnioskodawcy                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym, jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu/zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia)                                                                                                                                                                                                                | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                            |
| 2) Czy niepełnosprawność 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.                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie<br><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) 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                                                                                                 |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie                               |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca 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)?<br><u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u> | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>.....              |
| 6) 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.<br><u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie<br>.....<br>.....                                                                               |
| 7) Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny?<br><u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie                                                                                                 |
| Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?<br><u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie                                                                                                 |

## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie 1, 2, 3, 4, 5

STRONA 5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|
| <b>Zadanie 1, 3, 4 - specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania <u>w ramach Zadania:</u><br><input type="checkbox"/> Zadanie 1 <input type="checkbox"/> Zadanie 3 <input type="checkbox"/> Zadanie 4 |  | <b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b> |
| Sprzęt elektroniczny:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                              |
| Elementy sprzętu elektronicznego:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                              |
| Oprogramowanie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                              |
| <b>RAZEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                              |
| <b>Zadanie 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 (kwota w zł)</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                              |
| <b>RAZEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                              |
| <b>Zadanie 5 - specyfikacja</b> - proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b> |
| Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, jakich:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                              |
| Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                              |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                              |
| Koszty naprawy/remontu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                              |
| Koszty przeglądu technicznego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                              |
| Koszty konserwacji/renowacji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                              |
| <b>RAZEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                              |

## 5. 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/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 .....

 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.

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):**

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Obszar wsparcia*                                   | Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Zadanie 1</b><br>(wkład własny co najmniej 10%) |                                                         |                          |
| <b>Zadanie 2</b>                                   |                                                         |                          |
| <b>Zadanie 3</b><br>(wkład własny co najmniej 30%) |                                                         |                          |
| <b>Zadanie 4</b><br>(wkład własny co najmniej 10%) |                                                         |                          |
| <b>Zadanie 5</b><br>(wkład własny co najmniej 10%) |                                                         |                          |
| <b>ŁĄCZNIE</b>                                     |                                                         |                          |

\* - należy zaznaczyć właściwe

## DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku - **dotyczy wyłącznie Obszar B Zadanie 2**  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu sochaczewskiego 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):  
☐ tak - ☐ nie,
- 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(am) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
- w okresie ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek **uzyskałam(am)** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10%** ceny brutto w Zadaniu 1, 4 i 5, **co najmniej 30%** ceny brutto w Zadaniu 3),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- 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 rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- 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**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT; przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy wyłącznie w Obszar B Zadanie 2,
- wyrażam zgodę** na otrzymywanie wiadomości SMS oraz e-mail dotyczących realizacji niniejszego wniosku.

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 (wiersze 12 -13)

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (PCPR)<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Dołączono do wniosku                                                         | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
|                  | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – dot. Zadania 1, 2, 4, 5 lub orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – dot. Zadania 2, 3, 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | <u>Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności</u> , wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego odpowiednio w załączniku nr 3a, 3b, 3c lub 3d do formularza wniosku), wymagane w przypadku:<br><b>ZADANIE 1:</b><br>- w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją obu kończyn górnych – załącznik 3b,<br>- w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz w wieku do 16 roku życia – załącznik 3c,<br><b>ZADANIE 3 -</b> w przypadku Wnioskodawcy z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – załącznik 3d,<br><b>ZADANIE 4 -</b> w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – załącznik 3a | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | Oświadczenie – Klauzula informacyjna zgodna z RODO (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 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"/> |                          |
| 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, reprezentowanej przez opiekuna prawnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Plan aktywizacji (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Fakturę/y pro-forma dotyczącą/ej planowanego zakupu sprzętu/usługi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – dokument potwierdzający zatrudnienie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego posiadającego aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny – kserokopia/skan tego dokumentu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego, który został poszkodowany w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - dokument potwierdzający wystąpienie zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej lub innego zdarzenia losowego wystawiony przez właściwą jednostkę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              | Inne załączniki (należy wymienić):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |

Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

**Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**Klauzula informacyjna zgodna z RODO**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:.....

(imię i nazwisko)

oraz (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić) mojego dziecka/podopiecznego: .....

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

.....

(adres, miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: PILOTAŻOWY PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, a także przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000 z późn. zm.).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

-----

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel. 46 8641801, adres email: [pcprsoch@powiatsochaczew.pl](mailto:pcprsoch@powiatsochaczew.pl) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.

2. Inspektorem Ochrony Danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: [pcprsoch@powiatsochaczew.pl](mailto:pcprsoch@powiatsochaczew.pl)

3. Celem zbierania danych jest: DOFINANSOWANIE W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.

7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

10. Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Sochaczewie przy ul. Piłsudskiego 65, będą przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – PFRON przetwarza dane Wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Niniejszą klauzulę składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

|                          |                                                       |                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha lewego                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha prawego                          |                                   |

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐):

☐ Wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych,  
na wysokości/od:.....

☐ Dysfunkcji charakteryzującej się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn  
górnych:

wynikającej ze schorzenia o etiologii.....

**Znaczne** obniżenie sprawności ruchowej w zakresie obu kończyn górnych objawia się:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne  
potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....  
.....  
.....

6. Inne schorzenia Pacjenta:

.....  
.....  
.....  
.....

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
  - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:  
☐ jednego oka  
☐ obydwu oczu
  - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  
☐ nie dotyczy  
☐ w oku lewym do: ..... stopni  
☐ w oku prawym do: ..... stopni
  - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  
☐ nie dotyczy  
☐ w oku lewym wynosi: .....  
☐ w oku prawym wynosi: .....
  - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  
☐ tak      ☐ nie

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,  
że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz  
potwierdzić podpisem i pieczętką**):

|                          |                                                                              |                                   |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym<br>poniżej 0,1 (lub 0,1)  |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym<br>poniżej 0,1 (lub 0,1) |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym                              |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego                                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego                                                  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |

**PLAN AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, EDUKACYJNEJ, I/LUB SPOŁECZNEJ,  
KTÓRY BĘDZIE ELEMENTEM OCENY WNIOSKU**

| <b>Uzasadnienie wniosku – plan aktywizacji</b> |                                                                                          |                                                                                             |                                     |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Obszar aktywizacji</b>                      | Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskanie dofinansowania | Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania | Planowany termin realizacji zadania |
| <b>Zawodowej</b>                               |                                                                                          |                                                                                             |                                     |
| <b>Edukacyjnej</b>                             |                                                                                          |                                                                                             |                                     |
| <b>Społecznej</b>                              |                                                                                          |                                                                                             |                                     |

.....  
Data

.....  
Podpis Wnioskodawcy