



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE

Nr sprawy:
RS-4411-AS-



Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) 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)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 |
| dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 | |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | |

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym

| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego | |
| Imię Nazwisko Data urodzenia r. | |
| Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r. przez | |
| PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały | ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) |
| Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta) | Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta) |
| Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś | Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Województwo |
| Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:..... | |
| e'mail (o ile dotyczy): | |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: |

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.powiat.krakow.pl

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: tak niePłeć: kobieta mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

 miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI 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 PODOPIECZNEGO** **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** obu kończyn górnych jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: **NARZĄD WZROKU 04-O****Lewe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

 osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma **INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):** 01-**U** upośledzenie umysłowe 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia 09-**M** choroby układu moczowo - pęciowego 11-**I** inne - **OSOBA GŁUCHA** 02-**P** choroby psychiczne 06-**E** epilepsja 08-**T** choroby układu pokarmowego 10-**N** choroby neurologiczne 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ŻŁOBEK | <input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE | <input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA |
| <input type="checkbox"/> GIMNAZJUM | <input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| <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"/> STUDIA |
| <input type="checkbox"/> INNA, jaka | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy) niezatrudniona/y: od dnia: bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy zatrudniona/y:

od dnia: do dnia:

 na czas nieokreślony inny, jaki: stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

 działalność gospodarcza na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie:

Nr NIP:

 inna, jaka i na jakiej podstawie: działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRONCzy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, zgodnie z ust. 31 pkt 33 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku”.

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w latach 2015-2018, w tym poprzez PCPR lub MOPS? | | | | | | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | |
|---|---|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|---|--|
| Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | | |

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| | |
|---|---|
| <p>1) Uzasadnienie wniosku (opisać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu - zawartych w rozdziale V założeń pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |
| <p>2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (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 <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> |
| <p>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, MOPS)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>5) Czy podopieczny jest aktywny zawodowo i 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"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, złe zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu itp. (Wniosek uzyska punkty w ocenie merytorycznej wyłącznie w przypadku, gdy podane informacje zostaną udokumentowane).</p> | <p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>7) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017r. lub 2018r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (Wniosek uzyska punkty w ocenie merytorycznej wyłącznie w przypadku, gdy podane informacje zostaną udokumentowane).</p> | <p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2 STRONA 5

| | |
|--|--|
| Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania: | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
| Sprzęt elektroniczny: | |
| Elementy sprzętu elektronicznego: | |
| Oprogramowanie: | |
| RAZEM | |
| Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
| | |
| RAZEM | |

5. Informacje uzupełniające

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

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Obszar wsparcia* | Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|------------------|---|--------------------------|
| Zadanie nr 1 | | |
| Zadanie nr 2 | | |
| ŁĄCZNIE | | |

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:**STRONA 6**

1. **nie ubiegam się i nie będę** w bieżącym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
2. 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,
3. **zapoznałam(em) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które **przyjmuję do wiadomości i stosowania** oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcp.r.powiat.krakow.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek **nie uzyskałam(em)** pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania,
5. **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 sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
6. **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,
7. **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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
9. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
10. **nie posiadam** wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz wobec Realizatora programu.

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/...../ 2018 r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK PCPR- REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – oryginał do wglądu | <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. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 lub 4 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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 aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej) – oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny) – oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Faktura proforma określająca przedmiot dofinansowania i jego koszt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <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"/> | |