



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE

Nr sprawy:  
RS-4411-7-



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 )

### Moduł I

#### Obszar C – Zadanie nr 2

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka     opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

PESEL

Płeć:  kobieta     mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y     zamężna/żonaty

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

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

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

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców     inne miasto     wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

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

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpr.powiat.krakow.pl](http://www.pcpr.powiat.krakow.pl)

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

DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię .....	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Nazwisko .....	(pocztą)
Data urodzenia:..... r.	Miejscowość .....
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"/>	Ulica .....
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nr domu ..... Nr lok. ....
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Powiat .....
	Województwo .....
	<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

<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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</b>	<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
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):</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"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
	<input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>			
<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"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> 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: .....

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)**

niezatrudniona/y: od dnia:.....

zarejestrowana/y w urzędzie pracy jako:

bezrobotna/y od:.....  poszukująca/y pracy od:.....  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

/ okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. umów mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia/

<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b> (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018r. poz. 646, z późn. zm.) Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b> (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019r. poz. 299 tekst jednolity)	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... .....

**2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak  nie 

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

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, zgodnie z ust. 31 pkt 43 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku”.

**Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

Czy podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w latach 2016-2019, w tym poprzez PCPR lub MOPS?				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji i miejscowość, w której uzyskano pomoc, nazwa 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)	Rok zawarcia umowy	Kwota przyznana (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>				

**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.

<b>1) Uzasadnienie wniosku (opisać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu - zawartych w rozdziale V założeń pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)</b>	
..... ..... ..... ..... .....	
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.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <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, MOPS)?	<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 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)?	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika): ..... .....
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).	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika): ..... .....
7) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018r. lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (Wniosek uzyska punkty w ocenie merytorycznej wyłącznie w przypadku, gdy podane informacje zostaną udokumentowane).	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika): ..... .....

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

Proponowane do dofinansowania/refundacji koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

**5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

PODOPIECZNY UZYSKAŁ W DANYM ROKU DOFINANSOWANIE, REFUNDACJĘ LUB DOTACJĘ ZE ŚRODKÓW NFZ NA CEL OBJĘTY NINIEJSZYM WNIOSEM:  NIE  TAK

PODOPIECZNY POSIADA:  WÓZEK INWALIDZKI O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM  SKUTER:

NIE  TAK (model, rok produkcji): .....

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka oraz przedmiotów objętych dofinansowaniem/refundacją upłynął:

NIE  TAK, w dniu: ..... r. Posiadany wózek/skuter był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE  TAK, w dniu: ..... r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym skuterem lub wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): .....

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE  TAK, w dniu: ..... r.

\*- należy zaznaczyć właściwe

**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)

Imię i nazwisko właściciela rachunku .....

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

**Oświadczam, że:**

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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpr.powiat.krakow.pl](http://www.pcpr.powiat.krakow.pl)
4. **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,
5. **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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
7. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak **nie mogą pochodzić ze środków PFRON**;
8. **nie posiadam** wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz wobec Realizatora programu,
9. w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania/refundacji okres gwarancyjny upłynął.
10. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON nastąpi na warunkach określonych w umowie dofinansowania, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT;
11. **nie posiadam** wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz wobec Realizatora programu;
12. **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 ..... /..... /2019 r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE** (WIERSZE 11-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK PCPR-REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) - <b>oryginał do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej - <b>oryginał do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny- <b>oryginał do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia/skan dokumentu potwierdzającego posiadanie skutera/wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (faktura zakupu lub imienna karta gwarancyjna) - <b>oryginał do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zapłacona faktura VAT dotycząca kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera/wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym <u>(z datą wystawienia nie wcześniej niż 180 dni przed złożeniem wniosku)</u> wystawiona na wnioskodawcę albo na rodzica lub opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – dotyczy refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia/skan zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - <b>jeżeli dotyczy</b>			
9.	Faktura proforma określającą przedmiot dofinansowania i jego koszt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku zadania nr 5 zaświadczenie od specjalisty potwierdzające możliwość użytkowania skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	