

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

data wpływu wniosku do PCPR

 Numer kolejny wniosku .................

 DRON.4353.6. .2019

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

w ramach programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I, Obszar B

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

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 właściwe zadanie przez zakreślenie pola )

|  |  |
| --- | --- |
|  *– Zadanie nr 1* |  *– Zadanie nr 2* |
| *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* | *dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania* |
|  *– Zadanie nr 3* |  *– Zadanie nr 4* |
| *pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku*  | *pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się* |
|  *– Zadanie nr 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 osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności* |

**CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko..................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

**Dane dotyczące opiekuna prawnego pełnoletniej osoby niepełnosprawnej nie posiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych bądź jeden z rodziców sprawujący opiekę nad małoletnią osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny:**

Imię i nazwisko.................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

**KONTAKT TELEFONICZNY**: nr kier........... Nr telefonu ................................................

Nr tel. komórkowego: ............................................

e’mail (*o ile dotyczy*): .................................................................

# **POSIADANE ORZECZENIE - WAŻNE DO DNIA: ………………………………..**

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym

b) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

 dysfunkcja narządu wzroku dysfunkcja narządu słuchu

 inne: osoba niewidoma trudności w komunikowaniu się za

 inne: dysfunkcja obu kończyn górnych pomocą mowy

 inne

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU:**

- media - Realizator programu

- PFRON - inne, jakie:

**ZATRUDNIENIE – DOTYCZY OSÓB W WIEKU EMERYTARNYM**

 tak nie

***2.* INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W OSTATNICH TRZECH LATACH: 2018, 2017, 2016**

|  |
| --- |
| tak nie  |
| **Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia** | **Wysokość otrzymanego dofinansowania(w zł)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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, którego termin zapłaty upłynął |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – DOT. MODUŁU I**

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Szczegółowe uzasadnienie wniosku, jak przedmiot dofinansowana pomoże w realizacji celów programowych (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):

\*przygotowanie Wnioskodawcy z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego,\* poprawa szans Wnioskodawców programu na rywalizację o zatrudnieni na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji | ................................................................................................................ …………………………………………………………………………................................................................................................................…………………………………………………………………………. ...............................................................................................................…………………………………………………………………………. ................................................................................................................………………………………………………………………………….................................................................................................................……………………………………………………………………………................................................................................................................. |
| 1. 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
 |  - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  |
| 1. Zakres niepełnosprawności:
 |  - osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub brak obu kończyn górnych lub osoba niewidoma  - osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub z dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoba niedowidząca- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, osoba głuchoniewidoma nie dotyczy |
| 1. Aktualnie realizowany etap kształcenia
 |  osoba studiująca  osoba ucząca się obowiązek szkolny szkoła średnia lub zawodowa nie dotyczy |
| 1. Czy Wnioskodawca jest w wieku aktywności zawodowej?\*
2. Czy Wnioskodawca jest aktualnie zatrudniony?
3. Czy Wnioskodawca jest zarejestrowany w urzędzie pracy jako bezrobotny lub poszukujący pracy?
 |  - tak - nie - nie dotyczy - tak - nie - nie dotyczy - tak - nie - nie dotyczy |
| 1. 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)?
 |  - tak - nie |
| 1. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie o niepełnosprawności)?
 |  - tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 1. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, miejsce zamieszkania źle zurbanizowane czy skomunikowane z innymi miejscowościami, występują bariery architektoniczne i techniczne, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.
 |  - tak - nie…...............................................................................................……………………………………………………………......…................................................................................................ |
| 1. Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych
 |  - tak - nie |

**\*osoba w wieku aktywności zawodowej-** należy przez to rozumieć pełnoletnie osoby, które nie osiągnęły wieku emerytalnego.

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar B/Zadanie 1 lub 3 lub 4**

**Sprzęt elektroniczny lub jego elementy lub oprogramowanie /B1 i B3/ -** należy przez to rozumieć komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności ( z uwzględnieniem definicji urządzeń brajlowskich); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne dla danego rodzaju dysfunkcji - potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta.

**Urządzenia brajlowskie-** należy przez to rozumieć elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku.

**Sprzęt elektroniczny lub jego elementy lub oprogramowanie /B4/ -** należy przez to rozumieć elektroniczne sprzęty i urządzenia lub ich elementy, a także dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków dysfunkcji narządu słuchu, w tym przede wszystkim sprzęty i urządzenia mobilne (laptop, tablet, smart fon); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta, w tym potrzeba komunikowania się.

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania/urządzenia brajlowskiego) – proszę wymienić (**B1)** | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | **Laptop** oraz/lub współpracujące z nim urządzenia |  |
| □ | **Komputer stacjonarny** oraz/lub współpracujące z nim urządzenia |  |
| □ | **Oprogramowanie :** |  |
| □ | **Urządzenia brajlowskie**: |  |
|  |  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU B – ZADANIE: 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu/usługi w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego****(10% ceny brutto zakupu/usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania) – proszę wymienić (**B3)** | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|  |  |
|  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU B – ZADANIE: 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego****(30% ceny brutto zakupu w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego sprzętu elektronicznego oraz oprogramowania) – proszę wymienić (**B4)** | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|  |  |
|  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU B – ZADANIE: 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu/usługi w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego****(10% ceny brutto zakupu/usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
|  POSIADAM SPRZĘT ELEKTRONICZNY, PODOPIECZNY POSIADA, na który otrzymał/am/em dofinansowanie ze środków PFRON w ................. .roku (wymienić) ……………………………………………………………………………………...................NIE POSIADAM, PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO NIE POSIADAM, PODOPIECZNY NIE POSIADA OPROGRAMOWANIAPOSIADAM NASTĘPUJĄCE OPROGRAMOWANIE, PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCE OPROGRAMOWANIE, na które otrzymał/am/em dofinansowanie ze środków PFRON w .................. roku(wymienić) ……………………………………………………………………………………...................CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA:  NIE TAK w …………….. roku w ramach …………………………………. |
|  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania: □ tak - □ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 30% ceny brutto sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania) – B3
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania) – B1, B4,
6. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
7. 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,
8. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
11. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar B/Zad. 2**

**Szkolenie** - należy przez to rozumieć, szkolenie w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania.

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zadania (rodzaj planowanego zadania) - należy wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego oraz nazwę oprogramowania | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ |  |  |
|  | RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU B – ZADANIE 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto usługi w zł - 100%** |  **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| NIEKORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO SZKOLEŃKORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO SZKOLEŃ: (w zakresie) ............................................................................................................................................................na które otrzymałam/em dofinansowanie ze środków PFRON w .................. roku. |
|  |

**7. NAZWA I ADRES INSTYTUCJI GDZIE ODBYWA SIĘ SZKOLENIE**

**Nazwa instytucji: ………………………………………………………………………………….**

**Adres: ……………………………………………………………………………………………...**

**……………………………………………………………………………………………………...**

**Telefon kontaktowy instytucji, wymagany do potwierdzenia informacji: ……………………**

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
4. 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,
5. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
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 **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar B/Zadanie 5**

**Koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego /B5/ -** należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach realizacji programu, w tym koszt zakupu dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania (w celu osiągnięcia minimalnych wymogów technicznych lub dokonania koniecznych aktualizacji, niezbędnych do zachowania funkcjonalności sprzętu lub oprogramowania), a także koszt niezbędnych napraw, przeglądów czy konserwacji

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | 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 |  |
|  |  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU B – ZADANIE 5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu/usługi w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego****(10% ceny brutto zakupu/usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego w ramach programu?** NIE TAK**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 …………….. |

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

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. Wnioskowana pomoc udzielona po okresie gwarancji: □ tak - □ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania) – B5,
5. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
6. 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,
7. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych RODO) informuję, iż:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: 62 735 51 52, fax.: 735 02 05,** **e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl****,** [**www.pcpr.powiat-ostrowski.pl**](http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl)**, a współadministratorem Wielkopolski Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w: 60-573 Poznań, ul. Lindego 6, tel.: (61) 66 64 617, e-mail:** **poznan@pfron.org.pl.**
2. **Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: 62 62 735 51 52, fax.: 735 02 05** **e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl****.**
	* **dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c)
	rozporządzenia RODO, co oznacza iż przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,**
	* **w celach archiwalnych.**
3. **Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.**
4. **Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz** innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa
5. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.**
6. **Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:**
	* **żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,**
	* **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,**
	* **wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

**5. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| 1... | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) ) albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.) |   |   |  |
|  2 | Oświadczenie o wysokości dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym  |   |   |  |
|  3 | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |   |   |  |
|  4 | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |   |   |  |
|  5 | Wystawione przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły oświadczenie, potwierdzające rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki / na dowolnym druku/ |   |   |  |
| 6 | Wystawione przez pracodawcę oświadczenie, potwierdzające zatrudnienie /na dowolnym druku/ lub zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy |   |   |  |
| 7 | Zaświadczenie lekarza potwierdzające dysfunkcję kończyn górnych – B1 |   |   |  |
| 8 | Zaświadczenie lekarza okulisty potwierdzające dysfunkcję narządu wzroku – B1-dorośli lub dzieci |   |   |  |
| 9 | Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli(db) – B4 |   |   |  |
| 10 | Zaświadczenie lekarza okulisty potwierdzające dysfunkcję narządu wzroku – B3 |  |  |  |
| 11 | Oferta/kosztorys wstępny przedmiotu dofinansowania |   |   |  |
|  12 | Faktura za poniesione koszty/koszty poniesione do 180 dni przed dniem złożenia wniosku - /B2 i B5/ |   |   |  |
|  13 | Dowód osobisty do wglądu |   |   |  |
|  14 | Oświadczenie, iż Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych 1 |   |   |  |
|  15 | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |

1. **osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:

 a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawieart. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r. poz. ), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), a także,

 b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

 **Wniosek przyjęłam/em**

 **..............................................................................**

 Data oraz pieczątka i podpis pracownika DRON

**CZĘŚĆ B – wypełnia Realizator programu**

|  |
| --- |
| **Deklaracja bezstronności** **Oświadczam, że:**1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie  | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)  | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**  |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania |  - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)  |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - tak - nie |  |
| 8 | Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w ramach obszaru A ze środków PFRON: /pomoc może być udzielana co 5 lat za wyjątkiem B5, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy/ |  - tak - nie |  |
| 9 | Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/ lub w okresie objętym refundacją kosztów |  - tak - nie |  |
| 10 | Ważne zaświadczenie lekarskie |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ....................../ ......................../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** |
| Wniosek uzupełniony w zakresie pkt: ........................................................................... |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON** **pozytywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:............................................................................. **negatywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:............................................................................ |
| **Deklaracja bezstronności** **Oświadczam, że:*** 1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
	2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
	3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
	4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
|  *Moduł I Obszar B– Zadanie nr 1 lub 4*  |  *Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3* |
| *................................................... zł* | *................................................... zł* |
|  *Moduł I Obszar B– Zadanie nr 2*  |  *Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5* |
| *................................................... zł* | *................................................... zł* |
|  **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| .………………………………………. ………………………………………………..data podpisy osoby podejmującej decyzję |

 **Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania**

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

 *data, podpis:*