  

###### Wniosek złożono w ........................ w dniu ............................

*Wypełnia Realizator programu*

***MODUŁ I - Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową***

**OBSZAR B- Likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym**

**Zadanie nr 2-dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu**

**sprzętu elektronicznego i oprogramowania**

WNIOSEK „B2” - 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)

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.  Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu...........................r. przez............................................ PESEL Płeć: kobieta   mężczyzna  Wnioskodawca jest osobą: Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty   * samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu   wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem | | |
| **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 lokalu ................................  Powiat .....................................................................  Województwo ...................................................... |
| Adres korespondencyjny: (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**) .............................................................................................................................................................................. | | |
| **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ..............nr telefonu ...................................../nr tel. komórkowego:...............................................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ..................................................................................................................................................................................... | | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym**” | |
| DANE PERSONALNE  Imię ....................................................................  Nazwisko ............................................................  Data urodzenia:................................................. r.  PESEL  Pełnoletni: tak   nie  Płeć: 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** | | | | | | |
| 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU**, w zakresie: | **obu** kończyn górnych ( wrodzony brak lub amputacja co najmniej w obrębie przedramienia) | | | | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma** | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: ................... stopni | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: .................... stopni | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | |
| Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii ( m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe) | | **10-N**  choroby neurologiczne neuromięśniowe, porażenie mózgowe | | | **11- I dopuszcza się niepełnosprawność, gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie od okulisty potwierdzające, że osoba niepełnosprawna ma ostrość wzroku ( w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,06 i/lub ma zwężenie pola widzenia poniżej 30 stopni.** | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI | | | | | | |
| ŻŁOBEK | | PRZEDSZKOLE | | | SZKOŁA PODSTAWOWA | |
| GIMNAZJUM | | TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | | | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | | LICEUM | | | TECHNIKUM | |
| SZKOŁA POLICEALNA | | KOLEGIUM | | | STUDIA | |
| INNA, jaka .................................................................................................. | | | | | nie dotyczy | |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI** **Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................  **Miejscowość** ........................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ................................  **Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ...................................................................................... | | | | | | |
| ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** **nie** | | | | internat: **tak** **nie** | | |
| Nauka prowadzi do: zdania maturyuzyskania średniego wykształceniauzyskania zawodu | | | | | | |
| **Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?** | | | | | | **tak** **nie** |
| **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: ...................................** | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................................  ....................................................................................................  .................................................................................................... | | | |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę**  **umowa cywilnoprawna**  **staż zawodowy** | | | **Adres miejsca pracy**: ................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** ........................................ | | | |
| **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ...................................... | **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**..........................., **dokonanego w urzędzie:** ............................................................................................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:...........................................................................................** | | | | | |
| **działalność rolnicza** | **Miejsce prowadzenia działalności**: ................................................................................... | | | | | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca ((lub jego podopieczny) korzystał ze środków PFRON  w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | | | | | | tak nie | |
| Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia  (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**: | | | | |  | |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  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**

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, umieszczonego w tabeli nr 7 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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1.Uzasadnienie:   1. należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania      1. związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu 2. jak wnioskowany przedmiot dofinasowania podniesie jakość życia 3. 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. | 1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... 2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………. 4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 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. | - tak - nie |
| 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, POWIAT)? | - tak - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | - tak (1 osoba)    - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 5) Czy Wnioskodawca oświadcza, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy? | - tak - nie - nie dotyczy |
| 6) Czy Wnioskodawca został poszkodowany w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? | - tak - nie |

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zakupu - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 2- proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego | | ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)* |
| □ |  |  |
|  | RAZEM |  |

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientacyjna cena brutto ( w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
|  |  |

**6. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| Posiadam/Podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  Nie posiadam/ Podopieczny nie posiada sprzętu komputerowego)   Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursy komputerowe:……………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**7. Gospodarstwo domowe/Dochód**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że prowadzę  samodzielne gospodarstwo domowe  wspólne gospodarstwo domowe |

\**- należy zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu ..................... □ tak - □ nie
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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: .................................................................
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. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na dofinasowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania □ tak - □ nie,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
8. nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora ( na terenie innego samorządu powiatowego).

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** |

**8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych* |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |  |  |  |
|  | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |  |  |  |
|  | Zaświadczenie lekarskie – wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności-wg załącznika |  |  |  |
|  | Specyfikacja przedmiotu dofinasowania wraz z kosztem planowanym do dofinasowania ze środków PFRON |  |  |  |
|  | Zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie z wyodrębnionym czasookresem zatrudnienia |  |  |  |
|  | Zaświadczenie z uczelni potwierdzające statut studenta |  |  |  |
|  | Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca został poszkodowany w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |

**Słownik**

**Zadanie 2: dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania**

**1. Aktywność zawodowa** – należy przez to rozumieć:

1. zatrudnienie, lub
2. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
3. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu,

okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności;

**2. Zatrudnienie** – należy przez to rozumieć:

a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,

c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336),

* 1. działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168),
  2. zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
  3. staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
     i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065, z późn. zm.),

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

**3. Gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

* 1. **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

* 1. **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów;

**4. Miejsce zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

**7. Przeciętny miesięczny dochód** **wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: [(2.577 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

**8. Wymagalne zobowiązania** – należy przez to rozumieć:

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

− wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności,

1. **Osoba poszkodowana 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 2016 r. poz. 1067), 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 2015 r. poz. 163, 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);

**10. Zdarzenia losowe** – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/ podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

**11. Dysfunkcja narządu wzroku** (**w przypadku Obszaru B)** - należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

* 1. gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni;
  2. osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia - gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

przy czym osoby niepełnosprawne posiadające dysfunkcje narządu wzroku wymienione w lit. a i lit. b, są traktowane jak osoby niewidome;

**12. Dysfunkcja obu kończyn górnych (w przypadku Obszaru B)** – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe);

**13. Osoba głuchoniewidoma** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu lekarskim;

**14. Sprzęt elektroniczny lub jego elemencie lub oprogramowaniu** – 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,

**15. Urządzenie brajlowskie** – należy przez to rozumieć elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku;

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................. – 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 pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracowników 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 | - 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 | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ....................../ ......................../ 20.... r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  w zakresie pkt: ........................................................................... | | - tak - nie | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | | |

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ................/ ......................../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ....../......./20... r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**: **w ramach obszaru:........ negatywna**: **w ramach obszaru:..........** | | |
| **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):** | | |
| Obszar C |  |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | | |
| ...................20...... r. ........................... ...........................  data podpisy osób podejmujących 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:*