

CZĘŚĆ B

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - OBSZAR B, ZADANIE 1, ZADANIE 2

4.1. Specyfikacja zakupu sprzętu/oprogramowania- proszę wymienić sprzęt elektroniczny lub jego elementy oraz oprogramowanie o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu elektronicznego/urządzeń/ oprogramowania, wraz z orientacyjną ceną brutto (kwota w zł):

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

RAZEM:

4.2. Specyfikacja szkolenia - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie, wraz z orientacyjną ceną brutto (kwota w zł):

.....
.....

RAZEM:

5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Zadanie	Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
B1		
B2		
ŁĄCZNIE		

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE:

6.1. Informacje podstawowe:

Wnioskodawca / Podopieczny posiada następujący sprzęt elektroniczny i oprogramowanie:

Wnioskodawca / Podopieczny nie posiada sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania

Ukończone przez Wnioskodawcę / podopiecznego kursy komputerowe:

6.2. Czy Wnioskodawca / Podopieczny uzyskał wcześniej pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania:

NIE TAK w roku w ramach
a także w roku w ramach

6.3. Czy Wnioskodawca / podopieczny uzyskał wcześniej pomoc w dofinansowaniu szkoleń dotyczących obsługi nabytego ze środków PFRON sprzętu i/lub oprogramowania:

NIE TAK w roku w ramach

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Cieszynie **tak** **nie**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprcieszyn.ox.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania oraz szkolenia: **tak** **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10 % ceny brutto**) – dot. Obszaru B, Zadanie 1,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** **nie**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT:
 - na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu – w przypadku Obszaru B, Zadanie 1;
 - na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu lub Beneficjenta pomocy – w przypadku Obszaru B, Zadanie 2

*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

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy osób z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU RUCHU

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

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

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* *oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych wynikających ze schorzenia o różnej etiologii: <input type="checkbox"/> choroby neuromięśniowe, <input type="checkbox"/> porażenie mózgowe, <input type="checkbox"/> inne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy osób z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

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

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**

2. **PESEL**

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: **nie dotyczy**

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): **nie dotyczy**

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

4. **W przypadku gdy pacjent nie jest osobą głuchoniewidomą – dotyczy Obszaru B, Zadanie 2:**

poziom dysfunkcji narządu wzroku **wymaga** zwiększenia liczby godzin szkolenia;

poziom dysfunkcji narządu wzroku **nie wymaga** zwiększenia liczby godzin szkolenia;

nie dotyczy.

....., dnia

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

Załączniki do wniosku:

1. Obowiązkowe:

- **Załącznik nr 1** - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
- **Załącznik nr 2** - Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku*)
- **Załącznik nr 3** - Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku*) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu,
- **Oferta handlowa** specjalistycznego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – *dot. Zadania nr 1,*
- **Oferta handlowa** szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania - *dot. Zadania nr 2,*
- **Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę** o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (*sporządzone wg wzoru określonego w części B wniosku*) - tylko w przypadkach, gdy:
 - *o dofinansowanie ubiega się osoba z dysfunkcją narządu ruchu,*
 - *podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu wzroku bądź Wnioskodawca / Podopieczny+ ubiega się o zakup urządzeń brajlowskich*

1. Inne:

- **Kserokopia aktu urodzenia dziecka** - *w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,*
- **Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym** – *w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny*
- **Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia** (*dot. osób uczących się lub studiujących*),
- **Zaświadczenie o osiągnięciach w nauce i wychowaniu** (*dot. osób uczących się lub studiujących*),
- **Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby** (*w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę*) **wraz z adnotacją czy osoba poszukuje aktywnie pracy,**
- **Zaświadczenie o zatrudnieniu** - *w przypadku osób zatrudnionych,*
- **Kopia dokumentu potwierdzającego podnoszenie kwalifikacji zawodowych,+**
- **Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną** - *w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych*

2. W przypadku występowania przez pełnomocnika:

- **Kopia pełnomocnictwa notarialnego** - *w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;*
- **Oświadczenie Pełnomocnika**, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.