



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR.....4820.....2018

Podpis pracownika:.....

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu, tj. PCPR w Cieszynie, ul. Bobrecka 29

## WNIOSEK „P” – Moduł I, Obszar B,

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –

Zadanie 1 - Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

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

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl)  
w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### 1.1. Dane personalne Wnioskodawcy:

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

Dowód osobisty: seria numer ..... wydany w dniu .....r.

przez ..... data ważności dokumentu .....r.

Płeć:  kobieta  mężczyzna Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

PESEL .....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### 1.2. Adres zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC)\*:

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica ..... nr domu .....nr lok. ....

Powiat ..... Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

\*ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest 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;

### 1.3. Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

.....  
.....

Tel.: .....

e-mail:

.....

### 1.4. Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa     - media  
 - Realizator programu (PCPR)     - PFRON

- inne, jakie:

.....

### 1.5. Stan prawny dotyczący 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

### 1.6. Rodzaj niepełnosprawności:

01-U - Upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R choroby narządu ruchu

06-E epilepsja

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

08-T choroby układu pokarmowego

09-M choroby układu moczowo – pęciowego

10-N choroby neurologiczne

11-I inne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

### 1.7. Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

rejestracja w PUP – (od kiedy?)

.....

działalność gospodarcza -

Nr NIP: .....

działalność rolnicza

zatrudniony:

Nazwa firmy, adres: .....

.....

.....

nie dotyczy

### 1.8. Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

szkoła policealna

kolegium

studia pierwszego stopnia

studia drugiego stopnia

jednolite magisterskie

studia podyplomowe / studia doktoranckie

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

nie dotyczy

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

- Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR)

**tak**  **nie**

Cel, nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc/ przedmiot dofinansowania	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana		Razem kwota rozliczona	

- 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\*: .....

\* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

**Uwaga!** W ramach programu „ MODUŁ II” **nie mogą uczestniczyć osoby**, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

### **3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:**

**SPRZĘT ELEKTRONICZNY LUB JEGO ELEMENTY LUB OPROGRAMOWANIE** – 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;

**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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Orientacyjna cena brutto:**

---

**Wkład własny – 10%**

---

**Wnioskowana kwota dofinansowania:**

---

**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):

.....

.....

.....

.....

**Orientacyjna cena brutto:**

---

**Wnioskowana kwota dofinansowania:**

---

#### **4. Uzasadnienie wniosku:**

*(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu, ponadto należy wskazać w jaki sposób wnioskowany sprzęt ograniczy skutki i rodzaj niepełnosprawności)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### **5. Informacje uzupełniające:**

##### **Informacje podstawowe:**

Wnioskodawca posiada następujący sprzęt elektroniczny i oprogramowanie: .....

.....

Wnioskodawca nie posiada sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania

Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe: .....

.....

##### **Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania:**

NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

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

NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

##### **POJĘCIA:**

**DYSFUNKCJI NARZĄDU WZROKU (w przypadku Obszaru B)** - należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

a) 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,

b) 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;

**DYSFUNKCJI 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 znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe);

## **6. OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl),
4. w okresie ostatnich 3 lat **uzyskałam(em) / nie uzyskałam(em)\*** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania oraz szkolenia,
5. 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,
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 **byłam(am) / nie byłam(am)\*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
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, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT:
  - a. na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu – w przypadku Obszaru B, Zadanie 1;
  - b. na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu lub Beneficjenta pomocy – w przypadku Obszaru B, Zadanie 2

\* - *skreślić niewłaściwe*

Pilotażowy program „Aktywny Samorząd” w 2018 roku  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie  
Moduł I, Obszar B, Zadanie 1, Zadanie 2

Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016r. poz.922 z późn. zm.) w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków PFRON (tj. uchwała nr 5/2014 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 9 czerwca 2014r. z późn. zm.) zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511).

Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów obowiązującego prawa.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd”.

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

**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

<b>Załączniki dołączone do wniosku:</b>		
<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Załączniki Obowiązkowe:</b>
		<b>Załącznik nr 1</b> - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		<b>Załącznik nr 2</b> - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i> )
		<b>Załącznik nr 3</b> - Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> ) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu
		<b>Załącznik nr 4 - Oferta handlowa</b> specjalistycznego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania – <i>dot. Zadania nr 1, i/lub</i> <b>Oferta handlowa</b> szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania - <i>dot. Zadania nr 2,</i>
		<b>Załącznik nr - Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę</b> 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 we wniosku) - <u>tylko w przypadkach, gdy:</u> - o dofinansowanie ubiega się osoba z dysfunkcją narządu ruchu, - podstawą wydania orzeczenia <u>nie jest</u> dysfunkcja narządu ruchu wzroku
<b>Inne – o ile dotyczy:</b>		
		<b>Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia</b> ( <i>dot. osób uczących się lub studiujących</i> ),
		<b>Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby</b> ( <i>w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę</i> )
		<b>Zaświadczenie o zatrudnieniu</b> - <i>w przypadku osób zatrudnionych,</i>
		<b>Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną</b> - <i>w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</i>
		<b>udokumentowane/potwierdzone wystąpienie zdarzenia skutkującego starami materialnymi w gospodarstwie domowym wydane przez podpowiedź jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, Policję, straż</b> - <i>gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych</i>
<b>W przypadku występowania przez pełnomocnika:</b>		
		<b>Kopia pełnomocnictwa notarialnego</b> - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		<b>Oświadczenie Pełnomocnika</b> , 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.



....., 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 prawym do: ..... stopni  
 w oku lewym do: ..... stopni

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

- w oku prawym wynosi: .....  
 w oku lewym 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