

WNIOSEK

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

Moduł I Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**obszar B zadanie 2****dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania****1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko				PESEL		
*Adres zamieszkania/ zameldowania: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy		
Telefon			E-mail			Nr dowodu osobistego
Dowód osobisty wydany przez			Data wydania dowodu osobistego			Data ważności dowodu
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy		

*niepotrzebne skreślić

2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko				PESEL		
Adres zamieszkania/ zameldowania: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy Gdynia		
Telefon			E-mail			Nr dowodu osobistego
Dowód osobisty wydany przez			Data wydania dowodu osobistego			Data ważności dowodu osobistego
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy Miejscowość		

3. Stan prawny i rodzaj niepełnosprawności

Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne do						
Stopień znaczny		Stopień umiarkowany		Symbol/ kod przyczyny niepełnosprawności		

Posiadane orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ważne do						
I grupa		II grupa		Inwalidztwo spowodowane stanem narządu		

Posiadane orzeczenie ważne do				Inwalidztwo spowodowane stanem narządu symbol/ kod przyczyny niepełnosprawności			
całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji		całkowita niezdolność do pracy		niepełnosprawność (osoby do 16 r.ż.)		niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	

Czy niepełnosprawność wnioskodawcy /podopiecznego jest sprzężona tzn. występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności	Tak (proszę wpisać kody/ symbole z orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności lub w przypadku orzeczeń do celów rentowych - przyczyny niepełnosprawności)		Nie	
---	--	--	------------	--

Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą				
Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Rodzaj i stopień niepełnosprawności
1				
2				
3				

4. Aktywność zawodowa

Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiednich rubrykach.

Jestem zatrudniony/zatrudniona	Tak		Nie	
--------------------------------	-----	--	-----	--

Forma zatrudnienia i informacja o pracodawcy

Nazwa pracodawcy Adres miejsca pracy Telefon kontaktowy do pracodawcy				
Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę	Tak		Nie	
Zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Tak		Nie	
Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – proszę wskazać na jaki okres została zawarta umowa				
Zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej np. zlecenia, o dzieło, inne	Tak		Nie	
Zatrudnienie w formie stażu zawodowego	Tak		Nie	
Inne formy zatrudnienia (jakie?)	Tak		Nie	
Działalność gospodarcza	Tak		Nie	
Działalność rolnicza	Tak		Nie	
Nr NIP wpis do ewidencji działalności gospodarczej/rolniczej nr i nazwa urzędu				

Rejestracja w Urzędzie pracy

Rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna	Tak		Nie		Data rejestracji	
Rejestracja w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	Tak		Nie		Data rejestracji	

Działania związane z aktywnym poszukiwaniem pracy

Współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem		Inne działania (jakie?)	
--	--	-------------------------	--

Działania związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych

Kursy zawodowe		Nauka języków obcych		Inne działania (jakie?)	
----------------	--	----------------------	--	-------------------------	--

5. Obecnie realizowany poziom kształcenia

Szkoła podstawowa		Gimnazjum		Zasadnicza szkoła zawodowa		Liceum		Technikum		Szkoła policealna	
Studia (I i II stopnia)		Studia podyplomowe		Studia doktoranckie		Inne (jakie?)					
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca pobiera obecnie naukę											

6. Korzystanie ze środków PFRON

Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON na szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania w latach 2015, 2016, 2017	Tak		Nie	
---	-----	--	-----	--

Wnioskodawca lub jego podopieczny w ciągu ostatnich 3 lat poprzedzających rok złożenia niniejszego wniosku korzystał ze środków PFRON (dofinansowania do: likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, do sprzętu rehabilitacyjnego oraz dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”).
UWAGA! Należy pominąć dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych oraz dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej

Tak, korzystałem		Nie, nie korzystałem		
Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia umowy	Wysokość dofinansowania
				zł
				zł
				zł
				zł
				zł
				zł
RAZEM				zł

W ciągu ostatnich 3 lat wnioskodawca był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy i/lub posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora programu	Tak		Nie	
---	-----	--	-----	--

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto
Szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania (proszę podać nazwę podmiotu realizującego szkolenie, miejsce, przybliżony termin i liczbę godzin szkolenia, cel szkolenia jego zakres tematyczny i rodzaj nabywanych umiejętności):	
	zł
RAZEM	zł

Wnioskowana kwota dofinansowania brutto	zł
<p>Maksymalna kwota dofinansowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ osoby głuchoniewidome 4 000 zł brutto ▪ pozostali adresaci obszaru dofinansowania 2 000 zł brutto <p>w indywidualnych przypadkach, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia, możliwe jest zwiększenie kwoty dofinansowania do 100%</p>	

8. Informacje dodatkowe dotyczące posiadanego sprzętu, w ramach którego wnioskodawca stara się o szkolenie w zakresie obsługi

Posiadany sprzęt elektroniczny i oprogramowanie

Nie posiadam		Posiadam (proszę wymienić /podać nazwę)
--------------	--	--

9. Uzasadnienie dofinansowania

Proszę o udzielanie wyczerpujących informacji i odpowiedzi, gdyż będą one miały istotny wpływ na ocenę wniosku.

Należy szczegółowo uzasadnić i opisać potrzebę dofinansowania danego przedmiotu dofinansowania.

Należy opisać:

- w jaki sposób przedmiot dofinansowania będzie wykorzystywany
- jak przedmiot dofinansowania wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy
- jakie przedmiot dofinansowania przyniesie wymierne korzyści i efekty w zakresie życia codziennego:
 - jak wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy w społeczeństwie
 - jak wpłynie na poprawę pełnienia ról społecznych
 - jak wpłynie na poprawę funkcjonowania na rynku pracy
 - jak wpłynie na rozwój wnioskodawcy w zakresie edukacji i realizacji życiowych celów
 - jak wpłynie na poprawę jakości życia

UWAGA!

W przypadku wnioskodawców, którzy ubiegają się ponownie o udzielenie pomocy na ten sam cel, należy podać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

10. Rodzaj gospodarstwa domowego oraz wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu

Uwaga! należy wypełnić zgodnie z oświadczeniem o wysokości dochodów stanowiącym załącznik nr 2 do wniosku

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Źródło dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura, inne (należy wymienić wszystkie źródła dochodu)	Średni miesięczny dochód netto
1		WNIOSKODAWCA			zł
2					zł
3					zł
4					zł
5					zł
6					zł
RAZEM					zł

▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą)		
▪ łączny średni miesięczny dochód netto (kwota RAZEM z tabeli powyżej)		zł
Średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (tj. łączny średni miesięczny dochód netto podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) wynosi		zł
Jestem osobą samotnie zamieszkującą i samodzielnie prowadzącą gospodarstwo domowe	Tak	Nie

11. Oświadczenia

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą
- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPS oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną
- zobowiązuję się niezwłocznie zgłaszać MOPS w Gdyni o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku
- zapoznałem się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania (tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl)
- 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.

Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika	
--------------	--	---	--

12. Forma przekazania dofinansowania (proszę o wybranie jednej z opcji)

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto firmy , w której dokonano realizacji dofinansowania			
Gdynia, dnia		Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika	

lub

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na wskazany przeze mnie rachunek bankowy			
Nazwa banku		Dane właściciela rachunku Imię, nazwisko, adres	
Nr konta			
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika	

13. Wymagane załączniki do wniosku

Uwaga! W przypadkach, w których wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON – załącznik nr 1 do wniosku UWAGA ! oprócz wnioskodawcy oświadczenie jest wymagane odrębnie od każdej pełnoletniej osoby zamieszkującej wraz z wnioskodawcą
Oświadczenie o wysokości dochodów – załącznik nr 2 do wniosku
Zaświadczenie lekarskie (niezbędne, gdy dysfunkcja narządu ruchu dotyczy obu kończyn górnych – załącznik nr 4 do wniosku)
Zaświadczenie lekarskie (niezbędne, gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest podstawą orzeczenia lub w przypadku dzieci do 16 r.ż. – załącznik nr 5 do wniosku)
Oferta cenowa (np. faktura proforma, oferta firmy, informacja na stronie internetowej - będąca podstawą kalkulacji kosztów zakupu/usługi przedmiotu dofinansowania)
Oświadczenie pełnomocnika osoby niepełnosprawnej - załącznik nr 9 do wniosku
kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych (w przypadku orzeczeń ZUS, konieczny jest rozszerzony wypis z orzeczenia)
kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczeń do celów rentowych osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
kserokopie dokumentów potwierdzających aktywność zawodową (m.in. zaświadczenie z urzędu pracy, zaświadczenie z miejsca pracy, umowy, potwierdzenie prowadzenia działalności gospodarczej itp.)
kserokopie dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia (m.in. zaświadczenie, indeks, itp.)
kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej
kserokopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekunem prawnym lub postanowienia sądu o ustanowieniu opieki prawnej
kserokopia potwierdzonego notarialnie pełnomocnictwa do reprezentowania wnioskodawcy w zakresie umożliwiającym realizację dofinansowania wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika , iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 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 ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.
oferta cenowa/ specyfikacja/ kosztorys szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
Faktury VAT lub inne dowody księgowe – w przypadku kosztów szkolenia w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania, poniesionych przed złożeniem wniosku
inne załączniki wskazane przez realizatora, niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonych dokumentów (np. potwierdzenie poszkodowania w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych)

Część wniosku wypełniana przez MOPS w Gdyni

14. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku		Pieczętka i podpis pracownika	
ADNOTACJE URZĘDOWE			

15. Weryfikacja formalna wniosku

Wniosek kompletny		Wniosek uzupełniony w terminie		Wniosek nie uzupełniony w terminie		Weryfikacja formalna wniosku pozytywna		Weryfikacja formalna wniosku negatywna	
Data dokonania weryfikacji formalnej wniosku i przekazania wniosku do oceny merytorycznej					Pieczętka i podpis pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku				

16. Ocena merytoryczna wniosku

Liczba punktów ogółem		Gdynia, dnia		Pieczętka imienna i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej	
Data przekazania wniosku do opinii eksperta (jeżeli dotyczy)		Gdynia, dnia		Pieczętka i podpis pracownika	

17. Ocena merytoryczna wniosku dokonywana przez eksperta (jeżeli dotyczy)

Opinia eksperta wraz z krótkim merytorycznym uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń			Opinia pozytywna		Opinia negatywna	
Uzasadnienie						
Gdynia, dnia		Pieczętka i czytelny podpis eksperta				

18. Decyzja w sprawie dofinansowania na podstawie rekomendacji Komisji

Decyzja pozytywna		Decyzja negatywna		Przyznana kwota dofinansowania	zł	Data, pieczętka i podpis	
Uzasadnienie decyzji odmownej							

19. Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 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 z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z wnioskodawcą
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem zatrudniony, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u wnioskodawcy
- 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
- pełnienia 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 powyższym oświadczeniu.

Data, pieczęć i podpis pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku		Data, pieczęć i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	
Data, pieczęć i czytelny podpis eksperta Realizatora (jeśli dotyczy)		Data, pieczęć i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy	
Data, pieczęć i podpis radcy prawnego ze strony Realizatora akceptującego umowę		Data, pieczęć i podpis dyrektora MOPS upoważnionego do podpisania umowy	

Deklaracja bezstronności Komisji

Oświadczam, że:

- 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 z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem zatrudniony, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u wnioskodawcy,
- 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,
- pełnienia 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 powyższym oświadczeniu.

Gdynia, dnia		Podpisy osób członków Komisji	
--------------	--	-------------------------------	--