## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

**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.

### 1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| 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 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie<br>☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 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)? | ☐ - 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 aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? | ☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>..... |
| 6) Czy Wnioskodawca w 2017 lub w 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | ☐ - tak ☐ - nie |
| 7) 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | ☐ - tak ☐ - nie<br>.....<br>..... |

## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar B Zadanie nr 4

| Proszę wymienić sprzęt, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu elektronicznego/urządzeń/ oprogramowania: | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|---|---|
| | |
| **RAZEM** | |

## 5. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

☐ NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---|
| | |

** - należy zaznaczyć właściwe*

## Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. 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, a także:pcpr.suchabeskidzka.pl
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 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego/jego elementów/oprogramowania),
5. 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,

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. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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**

## 7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-8)

| | Nazwa załącznika | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR *(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.) | ☐ | ☐ | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr do formularza wniosku)* | ☐ | ☐ | |
| 3. | O ile dotyczy - zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr do formularza wniosku)* | ☐ | ☐ | |
| 4. | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | ☐ | ☐ | |
| 5. | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | ☐ | ☐ | |
| 6. | Inne załączniki (należy wymienić): | ☐ | ☐ | |
| 7. | | ☐ | ☐ | |
| 8. | | ☐ | ☐ | |

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**……, dnia ……**

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" (B4)**

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……

   PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***)*:*

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) | |
| ☐ | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) | |
| ☐ | Inna dysfunkcja ucha lewego | |
| ☐ | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |