
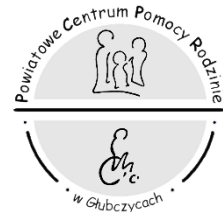


| | | |
|---|---|--|
|  Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | Nr sprawy: PCPR. 41125.AS.M I. .2019 |  |
| | Wniosek złożono w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach w dniu..... | |

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny Samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR B - likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym

Zadanie 3 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

CZĘŚĆ A

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY, DZIECKU /PODOPIECZNYM – należy wypełnić wszystkie pola

| 1. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPEŁNOSPRAWANA <input type="checkbox"/> RODZIC DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO <input type="checkbox"/> OPIEKUN PRAWNY | |
| Imię Nazwisko Data urodzeniar. | |
| Dowód osobisty seria.....numer.....wydany w dniur. przez.....ważny do.....r. | |
| Płeć : <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | |
| PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> wspólne Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku:.....zł | |
| <b style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA Kod pocztowy : ____ - ____ (poczta) Miejscowość..... Ulica..... Nr domuNr m. Powiat..... Województwo..... | <b style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy : ____ - ____ (poczta) Miejscowość..... Ulica..... Nr domuNr m. Powiat Województwo..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Kontakt telefoniczny: nr kier..... nr telefonu...../nr tel. komórkowego:..... | |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)..... e-mail:..... | |
| Podstawa do reprezentowania osoby niepełnosprawnej (w przypadku opiekunów prawnych i pełnomocników) | |

2. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - DZIECKA /PODOPIECZNEGO

(Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)

| DANE PERSONALNE | ADRES ZAMELDOWANIA (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały) |
|---|---|
| Imię..... | Kod pocztowy : ____ - ____ - ____ (poczta) |
| Nazwisko..... | Miejscowość..... |
| Data urodzenia..... | Ulica..... |
| PESEL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nr domuNr m. |
| Pełnoletni : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Powiat |
| Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | Województwo..... |
| | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

3. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się i dofinansowanie)

| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna do 16 roku życia | | |
| Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo | | |
| Niepełnosprawność istnieje: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> od roku: | | |
| PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym | | |
| Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego : tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU , w zakresie: <input type="checkbox"/> głuchota jednego ucha <input type="checkbox"/> głuchota całkowita | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU , w zakresie: <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca | | |
| <input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): | | |
| <input type="checkbox"/> 01 -U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja |
| | | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia |
| | | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego |
| | | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego |
| | | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| | | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| | | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

| 4. WYKSZTAŁCENIE ZDOBYTE PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie) | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |
| OBCENIE OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA POBIERA NAUKĘ | | |
| <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa | <input type="checkbox"/> gimnazjum | <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa |
| <input type="checkbox"/> liceum | <input type="checkbox"/> technikum | <input type="checkbox"/> szkoła policealna |
| <input type="checkbox"/> kolegium | <input type="checkbox"/> studia (I i II stopnia oraz jednolite magisterskie) | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE | <input type="checkbox"/> inna, jaka: |
| NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA | | |
| Nazwa szkoły.....klasa/rok.....Kod pocztowy..... | | |
| Miejscowość.....ulica.....Nr domu..... | | |
| Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:..... | | |
| 5. OBCENE ZATRUDNIENIE I AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie) | | |
| zarejestrowany jako: <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu | | |
| w okresie: <input type="checkbox"/> dłuższym niż 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku | | |
| <input type="checkbox"/> krótszym niż 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku | | |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:..... | Nazwa pracodawcy:..... | |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:..... | | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy i pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | Adres miejsca pracy:..... | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna | | |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr | |
| Nr NIP:..... | dokonanego w urzędzie:..... | |
| | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... | |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | Miejsce prowadzenia działalności:..... | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |

II. 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? | | | | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |
|---|--|--|-----------------------------|---|--|
| Institucja przyznająca pomoc (nazwa programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PEFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PEFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR Głubczyce: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Uwaga! Za wymagalne zobowiązanie należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTÓW DOFINANSOWANIA

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny , o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/ urządzeń/ oprogramowania: | Orientacyjna cena brutto (kwota w zł) |
|---|---------------------------------------|
| Sprzęt elektroniczny: | |
| Elementy sprzętu elektronicznego: | |
| Oprogramowanie: | |
| RAZEM: | |

2. Wnioskowana kwota dofinansowania i deklarowany udział własny w zakupie (w zł) *

| Przedmiot dofinansowania | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Deklarowany udział własny 30% | Kwota wnioskowana |
|--|---------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Sprzęt elektroniczny - łącznie | | | |
| Elementy sprzętu elektronicznego - łącznie | | | |
| Oprogramowanie - łącznie | | | |
| Razem | | | |

Kwota wnioskowana:.....zł (słownie:.....)

Deklarowany udział własny:.....zł (słownie:.....)

* Maksymalna kwota dofinansowania ze środków PFRON kosztów zakupu sprzętu elektronicznego i oprogramowania wynosi 6.000 * Minimalny udział własny przy zakupie wynosi 30% ceny brutto.

3. Informacje uzupełniające

POSIADAM PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:.....

.....

NIE POSIADAM PODOPIECZNY NIE POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:.....

.....

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W RAMACH PROGRAMÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA

nie tak w.....roku w ramach.....

a także wroku w ramach.....

IV. UZASADNIENIE DO UBIEGANIA SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA

W OBSZARZE B ZADANIE 3– POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA

1. Uzasadnienie wniosku

Proszę wskazać związek udzielania dofinansowania z możliwością realizacji celów programu). W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w poprzednich latach należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania.

| |
|---|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|

2. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji zawodowej

(zawód, staże, kursy, zatrudnienie, rejestracja w UP)

| |
|---|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|

3. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji edukacyjnej

(kontynuacja edukacji, zdobycie wykształcenia, zdobycie zawodu)

| |
|---|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|

4. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji społecznej

(nawiązywanie kontaktu z rówieśnikami, zaangażowanie w działalność społeczną, przynależność do stowarzyszeń lub organizacji pozarządowych, udział w zajęciach organizowanych przy placówkach pomocy społecznej)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

5. Plan aktywizacji zawodowej

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

6. Plan aktywizacji edukacyjnej

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

7. Plan aktywizacji społecznej

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

V. 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. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

| Pytanie/zagadnienie | Informacja Wnioskodawcy |
|---|---|
| 1) Czy niepełnosprawność osoby uprawnionej do dofinansowania jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu. | <input type="checkbox"/> tak – 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 2) Czy w gospodarstwie domowym osoby uprawnionej o dofinansowanie są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | <input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (więcej niż jedna osoba) |
| 3) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie?) np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 13 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 4 Czy Wnioskodawca lub podopieczny wnioskodawcy posiada wyróżnienia lub udziela się społecznie jako wolontariusz, jeżeli tak, to proszę wykazać (w okresie trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku) | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać): |
| 5. Czy osoba uprawniona o dofinansowanie w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 11 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać): |

Oświadczam, że:

- o wnioskowanie w ramach niniejszego wniosku, dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR Głubczyce** tak nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz otrzymuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek do 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.pcpr.powiatglubczycki.pl,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: tak nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - **co najmniej 10% ceny brutto**): 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, uznana będzie za doręczona,
7. w ciągu **ostatnich 3 lat byłem(em)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON
i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie,
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 spełnienie 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 rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Głubczyce, dnia/...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik wpisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczętkę imienną i 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.

Załączniki wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1 | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) - oryginały do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis i rodzaj schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – wypełnione w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2f do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej – oryginał do wglądu | | | |
| 6 | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę/Podopiecznego, ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | Zaświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy – dotyczy osób zatrudnionych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (<u>w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy</u>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | Zaświadczenie Wnioskodawcy poszkodowanego. Poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu: Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu Aktywny samorząd w 2019 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

W związku z brakiem dokumentuzobowiązuję się dostarczyć w/w dokument(y) do dniaW przypadku niewywiązania się z dostarczenia brakujących dokumentów z wyznaczonym terminie wniosek nie będzie podlegał rozpatrzeniu.

Głubczyce, dnia/...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy