



Dotacje na innowacje

Wniosek o udzielenie wsparcia w ramach projektu „Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu na terenie województwa kujawsko-pomorskiego” dotyczący niepełnosprawnych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego dla których trudna sytuacja stanowi barierę sprzyjającą wykluczeniu cyfrowemu

(Wypełnia pracownik PCPR/PZN/MOPR)*- Data złożenia wniosku.....; Numer wniosku.....;

I. DANE ADRESOWE

1. DANE WNIOSKODAWCY

IMIĘ PIERWSZE..... IMIĘ DRUGIE.....;
NAZWISKO.....; PESEL.....;
ADRES (STAŁEGO ZAMELDOWANIA): ULICA.....; NUMER DOMU.....;
NUMER LOKALU.....; MIEJSCOWOŚĆ.....; KOD POCZTOWY;
POCZTA.....; GMINA.....; POWIAT.....;
WOJEWÓDZTWO.....; TELEFON KONTAKTOWY;
E-MAIL (JEŚLI JEST).....; SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO

2. DANE RODZICA LUB OPIEKUNA WNIOSKODAWCY - (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU GDY WNIOSKODAWCA JEST OSOBĄ NIEPEŁNOLETNIĄ)

IMIĘ PIERWSZE..... IMIĘ DRUGIE.....;
NAZWISKO.....; PESEL.....;
ADRES (STAŁEGO ZAMELDOWANIA): ULICA.....; NUMER DOMU.....;
NUMER LOKALU.....; MIEJSCOWOŚĆ.....; KOD POCZTOWY;
POCZTA.....; GMINA.....; POWIAT.....;
WOJEWÓDZTWO.....; TELEFON KONTAKTOWY;
E-MAIL (JEŚLI JEST).....; SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO

3. ADRES KORESPONDENCYJNY (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU GDY INNY NIŻ W PKT. I.1 LUB I.2)

ULICA.....; NUMER DOMU.....; NUMER LOKALU.....;
MIEJSCOWOŚĆ.....; KOD POCZTOWY;
POCZTA.....; GMINA.....; POWIAT.....;
WOJEWÓDZTWO.....;

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

II. WNIOSKOWANY ZAKRES WSPARCIA (MOŻNA WYBRAĆ 2 OPCJE)	
1. ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO INTERNETU WRAZ ZE WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. UŻYCZENIE ZESTAWU KOMPUTEROWEGO Z OPROGRAMOWANIEM ORAZ ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO INTERNETU WRAZ Z WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. UŻYCZENIE ZESTAWU KOMPUTEROWEGO PRZYSTOSOWANEGO DLA OSÓB NIEWIDOMYCH ZE SPECJALISTYCZNYM OPROGRAMOWANIEM ORAZ ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO INTERNETU WRAZ Z WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (DOTYCZY TYLKO OSÓB NIEWIDOMYCH)

III. TYTUŁ UBIEGANIA SIĘ O WSPARCIE (MOŻNA WYBRAĆ TYLKO 1 OPCJĘ)	
1. WNIOSKODAWCA JEST OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ POSIDAJĄCĄ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU	<input type="checkbox"/> NIE POSIADA <input type="checkbox"/> ZNACZNYM <input type="checkbox"/> UMIARKOWANYM
1.a OKREŚL TERMIN WAŻNOŚCI ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (JEŚLI JEST)	<input type="checkbox"/> BEZTERMINOWE DO DNIA.....
2. CZY PODCZAS SZKOLEŃ PRZEWIDZIANYCH W RAMACH WSPARCIA WYMAGANA JEST OBECNOŚĆ OPIEKUNA WNIOSKODAWCY?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. WNIOSKODAWCĄ JEST OSOBĄ NIEWIDOMĄ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. OKREŚL RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:	

IV. CHARAKTERYSTYKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO WNIOSKODAWCY	
1. LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY
2. LICZBA DZIECI DO 16-GO ROKU ŻYCIA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY	<input type="checkbox"/> BRAK DZIECI WPISZ LICZBĘ.....
3. CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY SĄ INNE OSOBY Z ORZECZENIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK JEŻELI WIĘCEJ NIŻ 1 PODAJ ILE OSÓB.....
4. CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM FUNKCJONUJE KOMPUTER?	<input type="checkbox"/> NIE FUNKCJONUJE <input type="checkbox"/> STARSZY NIŻ 3 LETNI <input type="checkbox"/> NOWSZY NIŻ 3 LETNI
5. CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY FUNKCJONUJE SPRZĘT KOMPUTEROWY ZAKUPIONY W RAMACH INNYCH PROGRAMÓW POMOCOWYCH?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.a JEŚLI TAK W JAKICH PROGRAMACH?.....W KTÓRYM ROKU?.....	
6. CZY GOSPODARSTWIO DOMOWE POSIADA ŁACZE INTERNETOWE?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

V. OPISZ W JAKIM CELU ZOSTANIE WYKORZYSTANY KOMPUTER ORAZ INTERNET, JAKIE PROBLEMY ZASTANĄ ROZWIĄZANE DZIĘKI WSPARCIU PRZEWIDZIANEMU W PROJEKCIE? (WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA)

--

VI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. OŚWIADCZAM, ŻE AKCEPTUJĘ REGULAMIN ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ W PROJEKCIE PN. „PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU CYFROWEMU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO” REALIZOWANYM W RAMACH DZIAŁANIA 8.3 PROGRAMU OPERACYJNEGO INNOWACYJNA GOSPODARKA PRZEZ URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO W TORUNIU ORAZ ZGADZAM SIĘ Z ZAPISAMI REGULAMINU OBOWIĄZUJĄCEGO W PROJEKCIE „PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU CYFROWEMU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO” ORAZ ZGŁASZAM GOTOWOŚĆ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. WYRAŻAM ZGODĘ NA GROMADZENIE, PRZETWARZANIE I PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH WNIOSKODAWCY ZAWARTYCH WE WNIOSKU O UDZIELENIE WSPARCIA GROMADZONYCH NA POTRZEBY REKRUTACJI I REALIZACJI PROJEKTU „PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU CYFROWEMU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO” ORAZ MONITORINGU I EWALUACJI PROJEKTU - ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29.08.1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. Z 2002 ROKU NR 101, POZ. 926 Z PÓZN. ZM.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO OŚWIADCZAM, ŻE DANE PODANE WE WNIOSKU SĄ PRAWDZIWE.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM POŚWIADCZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACOWNIKA PCPR/PZN/MOPR*	<input type="checkbox"/> KSEROKOPIĘ DOWODU OSOBISTEGO <input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
.....DNIA.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

VII. WSTĘPNA OCENA FORMALNA (WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR/PZN/MOPR)*

1. WNIOSEK SPEŁNIA KRYTERIA DOSTĘPU?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY TERMINOWO?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY NA WŁAŚCIWYM FORMULARZU?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. WNIOSEK POSIADA NIEZBĘDNE PODPISY?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. CZY WSZYSTKIE WYMAGANE POLA SĄ WYPEŁNIONE PRAWIDŁOWO?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. CZY SYTUACJA RODZINNA ROKUJE OSIĄGNIĘCIE POŻĄDANYCH EFEKTÓW WSPARCIA JAKIMI JEST ELIMINACJA WYKLUCZENIA CYFROWEGO PRZEZ OKRES TRWANIA PROJEKTU?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. CZY GOSPODARSTWO DOMOWE WNIOSKODAWCY DOTKNIĘTE JEST BEZROBOCIEM?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. CZY GOSPODARSTWO DOMOWE KORZYSTA Z SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9. CZY RODZINA WNIOSKODAWCY BIERZE UDZIAŁ W PROGRAMACH WSPARCIA?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.a JEŚLI TAK TO JAKICH?.....	
10. CZY PODJĘTO DZIAŁANIA MAJĄCE NA CELU UZUPEŁNIENIE BRAKÓW FORMALNYCH? (JEŻELI DOTYCZY)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. OKREŚL BRAKI FORMALNE ORAZ OPISZ DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU ICH UZUPEŁNIENIA (JEŻELI DOTYCZY):	
12. OPINIA PRACOWNIKA PCPR O SYTUACJI WNIOSKODAWCY (WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO):	
..... PODPIS PRACOWNIKA PCPR/PZN/MOPR	

VIII. REKOMENDACJA (WYPEŁNIA KIEROWNIK PCPR/PZN/MOPR)*

1. WNIOSEK REKOMENDOWANY DO UDZIELENIA WSPARCIA (PODAĆ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (WPISZ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)
2. WNIOSEK REKOMENDOWANY DO WPISANIA NA LISTĘ REZERWOWĄ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (WPISZ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)
3. WNIOSEK POSIADA BRAKI FORMALNE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4. UZASADNIENIE WNIOSKU REKOMENDOWANEGO DO UDZIELENIA WSPARCIA (DOTYCZY REKOMENDOWANYCH WNIOSKÓW)		
..... PODPIS KIEROWNIKA PCPR/PZN/MOPR		

IX. DANE POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE/POLSKIEGO ZWIĄZKU NIEWIDOMYCH/MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY RODZINIE

Nazwa
PCPR/PZN/MOPR*

Ulica.....; Kod i miasto.....

Poczta.....; Gmina

Imię i nazwisko pracownika PCPR/PZN/MOPR opisującego Wniosek.....

Telefon kontaktowy.....; e-mail.....

Imię i nazwisko pracownika PCPR/PZN/MOPR* odpowiedzialnego za

Wnioskodawcę.....; Telefon
kontaktowy.....; e-mail.....;

X. OCENA FORMALNA WNIOSKU (WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU MARSZAŁKOWSKIEGO WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO W TORUNIU)

WNIOSEK SPEŁNIA WARUNKI DOSTĘPU NIEZBĘDNE DO UDZIELENIA WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU ORAZ JEST POPRAWNY FORMALNIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W PRZYPADKU ODRZUCENIA PODAĆ PRZYCZYNĘ:	

XI. DECYZJA WOJEWÓDZKIEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

WNIOSEK SKIEROWANY DO UDZIELENIA WSPARCIA W POSTACI ZESTAWU KOMPUTEROWEGO ORAZ ŁĄCZA INTERNETOWEGO NA OKRES 24 M-CY WRAZ ZE WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WNIOSEK SKIEROWANY DO UDZIELENIA WSPARCIA W POSTACI ŁĄCZA INTERNETOWEGO NA OKRES 24 M-CY WRAZ ZE WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WNIOSEK SKIEROWANY NA LISTĘ REZERWOWĄ DOT. WSPARCIA W POSTACI ZESTAWU KOMPUTEROWEGO ORAZ ŁĄCZA INTERNETOWEGO NA OKRES 24 M-CY WRAZ ZE WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WNIOSEK SKIEROWANY NA LISTĘ REZERWOWĄ DOT. UDZIELENIA WSPARCIA W POSTACI ŁĄCZA INTERNETOWEGO NA OKRES 24 M-CY WRAZ ZE WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

NINIEJSZY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY DNIA ZGODNIE Z REGULAMINEM PROJEKTU „PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU CYFROWEMU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO” PRZEZ WOJEWÓDZKĄ SPOŁECZNĄ RADĘ DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SKŁADZIE (PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI):