

**Dotacje na innowacje
Załącznik nr 1 do Regulaminu**

WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU „PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU CYFROWEMU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO (DRUGA EDYCJA)”

DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU (WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS)-; NUMER WNIOSKU.....;

UWAGA !!!

- OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNYCH WINNY WYPEŁNIENIĆ RÓWNIEŻ „ZAŁĄCZNIK DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH WNIOSKODAWCÓW” (1a)

- DLA UCZNIÓW OBOWIĄZKOWYM JEST WYPEŁNIENIE „ZAŁĄCZNIKA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY UCZĄCEJ SIĘ” (1b)

I. UBIEGAM SIĘ O WSPARCIE JAKO: (ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ OPCJĘ)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | UCZEŃ UPRAWNIONY DO POBIERANIA STYPENDIUM SOCJALNEGO |
| 2 | <input type="checkbox"/> | OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA Z UMIARKOWANYM LUB ZNA CZNYM ORZECZENIEM O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
| 3 | <input type="checkbox"/> | OSOBA Z GOSPODARSTWA DOMOWEGO W TRUDNEJ SYTUACJI MATERIALNEJ |

II. DANE ADRESOWE

1. DANE WNIOSKODAWCY (DOTYCZY TAKŻE OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ)

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

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

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

4. ADRES INSTALACJI ŁĄCZA INTERNETOWEGO – (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU GDY INNY NIŻ W PKT. II.1)

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

III. WNIOSKOWANY ZAKRES WSPARCIA: (MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ 1 OPCJĘ)

1. UŻYCZENIE ZESTAWU KOMPUTEROWEGO Z OPROGRAMOWANIEM ORAZ ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO INTERNETU WRAZ Z WSPARCIEM SZKOLENIOWYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. UŻYCZENIE ZESTAWU KOMPUTEROWEGO Z OPROGRAMOWANIEM ORAZ ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO INTERNETU BEZ WSPARCIA SZKOLENIOWEGO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. DOSTOSOWANIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO DO POTRZEB OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

IV. CHARAKTERYSTYKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO WNIOSKODAWCY

IV.1 LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY
IV.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 WNIOSKODAWCY FUNKCJONUJE SPRZĘT KOMPUTEROWY ZAKUPIONY W RAMACH INNYCH PROGRAMÓW POMOCOWYCH?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.a JEŚLI TAK W JAKICH PROGRAMACH?..... W KTÓRYM ROKU?.....	
5. CZY GOSPODARSTWIO DOMOWE AKTUALNIE KORZYSTA Z ŁĄCZA INTERNETOWEGO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ W PROJEKCIE PN. „PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU CYFROWEMU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO (DRUGA EDYCJA)” 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 (DRUGA EDYCJA)” ORAZ ZOBOWIĄDUJE SIĘ DO ZACHOWANIA 5 LETNIEGO OKRESU TRWAŁOŚCI POPRZEZ WYKORZYSTYWANIE SPRZETU KOMPUTEROWEGO I ŁACZA INTERNETOWEGO

W TYM OKRESIE ZGODNIE Z JEGO PRZEZNACZENIEM ORAZ REGULAMINEM PROJEKTU.

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.).

3. ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO OŚWIADCZAM, ŻE DANE PODANE WE WNIOSKU ORAZ ZAŁĄCZNIKACH DO WNIOSKU SĄ PRAWDZIWE.

..... DNIA.....
MIJSCOWOŚĆ, DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY (W PRZYP. NIEPEŁNOLET. WNIOSKODAWCY - RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)

OBOWIĄZKOWE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:

1. KSEROKOPIA AKTUALNEGO ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (POTWIERZONA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACOWNIKA OPS)
2. „ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”
3. KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY LUB OPIEKUNA (POTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACOWNIKA OPS)
4. ZAŁĄCZNIK **NIEOBOWIĄZKOWY** – ZALECENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE DOPOSAŻENIA STANOWISKA KOMPUTEROWEGO W SPRZĘT SPECJALISTYCZNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

OBOWIĄZKOWE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU DLA DZIECI I MŁODZIEŻY UCZĄCEJ:

1. KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY LUB OPIEKUNA (POTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACOWNIKA OPS)
2. „ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU DLA DZIECI I MŁODZIEŻY UCZĄCEJ SIĘ”
3. KSEROKOPIA LEGITYMACJI SZKOLNEJ

OBOWIĄZKOWE ZAŁĄCZNIKI DLA OSÓB W TRUDNEJ SYTUACJI MATERIALNEJ:

1. KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY LUB OPIEKUNA (POTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACOWNIKA OPS)

TĄ CZĘŚĆ WNIOSKU WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

VII. WSTĘPNA OCENA FORMALNA

1. WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY TERMINOWO?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2. WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY NA WŁAŚCIWYM FORMULARZU ORAZ POSIADA WSZYSTKIE KONIECZNE ZAŁĄCZNIKI?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3. WNIOSEK POSIADA NIEZBĘDNE PODPISY?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4. CZY GOSPODARSTWO DOMOWE KORZYSTA Z SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5. WNIOSEK REKOMENDOWANY DO WSPARCIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (WPISZ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)
6. WNIOSEK REKOMENDOWANY DO WPISANIA NA LISTĘ REZERWOWĄ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (WPISZ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)
7. WNIOSEK POPRAWNY FORMALNIE BEZ REKOMENDACJI OPS	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
8. WNIOSEK POSIADA BRAKI FORMALNE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
WYMIĘŃ BRAKI FORMALNE (PODAJ POWÓD ODRZUCENIA WNIOSKU): 		
 PODPIS PRACOWNIKA OPS	

VII. REKOMENDACJA (WYPEŁNIA KIEROWNIK OPS)

1. WNIOSEK REKOMENDOWANY DO UDZIELENIA WSPARCIA (PODAĆ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (WPISZ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)
2. WNIOSEK REKOMENDOWANY DO UDZIELENIA WSPARCIA (PODAĆ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (WPISZ POZYCJĘ RANKINGOWĄ)
3. WNIOSEK BEZ REKOMENDACJI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
 PODPIS KIEROWNIKA OPS	

VIII. DANE OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ

Nazwa OPS.....; Ulica.....;

Kod i miasto.....; Poczta.....;Gmina

Imię i nazwisko pracownika OPS do kontaktu w spr. Wnioskodawcy.....;

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

ADNOTACJE PRACOWNIKÓW BIURA PROJEKTU W UM W K-P W TORUNIU

LP	DATA	TREŚĆ	IMIĘ I NAZWISKO WPROWADZAJACEGO	PODPIS