

## WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar B – Zadanie nr 5**

**dofinansowanie utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego,  
zakupionego w ramach programu**

*Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.*

### DANE WNIOSKODAWCY

### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                                                                           | Zawartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>                                                  | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako pełnomocnik<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Z dnia:</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sygnatura akt:</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Repertorium nr:</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>                                                        | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                                                                                            |

**Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.**

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż 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(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

**DANE WNIOSKODAWCY**  
**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

| Nazwa pola           | Zawartość                                                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                                                                                                      |
| Powiat:              |                                                                                                                                                      |
| Ulica:               |                                                                                                                                                      |
| Nr domu:             |                                                                                                                                                      |
| Nr lokalu:           |                                                                                                                                                      |
| Miejscowość:         |                                                                                                                                                      |
| Kod pocztowy:        |                                                                                                                                                      |
| Pocztą:              |                                                                                                                                                      |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Numer telefonu:      |                                                                                                                                                      |
| Adres email:         |                                                                                                                                                      |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Zawartość |
|---------------|-----------|
| Województwo:  |           |
| Powiat:       |           |
| Gmina:        |           |
| Ulica:        |           |
| Nr domu:      |           |
| Nr lokalu:    |           |
| Miejscowość:  |           |
| Kod pocztowy: |           |
| Pocztą:       |           |

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**  
**DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

*Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.*

☐ Nie dotyczy

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

| Nazwa pola      | Zawartość |
|-----------------|-----------|
| Województwo:    |           |
| Powiat:         |           |
| Gmina:          |           |
| Ulica:          |           |
| Numer domu:     |           |
| Numer lokalu:   |           |
| Miejscowość:    |           |
| Kod pocztowy:   |           |
| Poczta:         |           |
| Numer telefonu: |           |
| Adres email:    |           |

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB  
DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

| Nazwa pola                                                           | Zawartość                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                        |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                               |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                     |
| Grupa inwalidzka:                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niezdolność do pracy:</b> | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Zawartość                                                                    |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- ☐ nie dotyczy  
☐ nieaktywna/y zawodowo  
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
     Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):  
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)  
☐ zatrudniony

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

| Forma zatrudnienia                                                                                                  | Od dnia | Na czas nieokreślony                                      | Do dnia |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę                                                  |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna                                                                        |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy                                                                              |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza                                                                    |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza                                                                       |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |

|                                                                                                                                                                                                             |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|

**OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM**

- ☐ Nie dotyczy  
☐ Przedszkole  
☐ Szkoła podstawowa  
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa  
☐ Technikum  
☐ Liceum  
☐ Szkoła policealna  
☐ Kolegium  
☐ Studia I stopnia  
☐ Studia II stopnia  
☐ Studia magisterskie (jednolite)  
☐ Studia podyplomowe  
☐ Studia doktoranckie  
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)  
☐ Szkoła doktorska  
☐ Uczelnia zagraniczna  
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE  
☐ Każda inna, jaka:

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

☐ tak   ☐ nie

| Zadanie                               | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b> |                      |

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**

☐ tak   ☐ nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:**

☐ tak   ☐ nie

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

*Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...).”*

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

☐ tak ☐ nie

## UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**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

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

*Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*

- a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,
- b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma handlowa  
☐ media  
☐ Realizator programu  
☐ PFRON  
☐ inne, jakie:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

☐ indywidualne ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

*Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 5

| Przedmiot pomocy                                                                                        | Cena brutto (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zakup części zamiennych<br><b>Proszę wymienić części zamienne:</b>             |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia<br><b>Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:</b> |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu                                                         |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego                                                  |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji                                                   |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Inne<br><b>Proszę wymienić inne koszty:</b>                                    |                    |                                         |
| <b>Razem:</b>                                                                                           |                    |                                         |

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

**Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem sprzętu elektronicznego upłynął:**

☐ tak ☐ nie

**Czy posiadany sprzęt elektroniczny był naprawiany:**

☐ tak ☐ nie

**Czy gwarancja na naprawę upłynęła:**

☐ tak ☐ nie

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

| Nazwa pola                | Zawartość |
|---------------------------|-----------|
| Numer rachunku bankowego: |           |
| Nazwa banku               |           |

**ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA**

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |

*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.*

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

| <i>Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i> | <i>Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                   |