

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

<p>DANE PERSONALNE</p> <p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>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"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna</p>	<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small></p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr lok.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>
---	---

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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

orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

Podopieczny **nie porusza** się przy pomocy wózka inwalidzkiego (ręcznego):

Podopieczny **porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego (ręcznego) – **samodzielnie**:

Podopieczny **porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego (ręcznego) – **niesamodzielnie**:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<p>Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni</p>	<p>Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni</p>
--	---	--

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"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM /UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<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
<input type="checkbox"/> INNA, jaka		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniony (od dnia:.....) bezrobotny poszukujący pracy nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniony od dnia <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia:	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę (nie krótszy niż 3 miesiące) <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę (nie krótszy niż 3 miesiące) <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna (nie krótszy niż 6 miesięcy) <input type="checkbox"/> staż zawodowy UWAGA: okresy zatrudnienia sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni	Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

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

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR /MOPR/oddz. PFRON?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości, każdą podaną informację należy **udokumentować** w formie załącznika do 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) UZASADNIENIE WNIOSKU - wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu/uzasadnienie wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość/poziom wykształcenia lub jakość wykonywanej pracy
2) 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)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3) CZY WNIOSKODAWCA W 2018 LUB 2019 ROKU ZOSTAŁ POSZKODOWANY W WYNIKU DZIAŁANIA ŻYWIOŁU LUB INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA-MODUŁ 1, OBSZAR B Zadanie 1

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	

5. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

<input type="checkbox"/> POSIADAM /PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM /PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach
a także w roku w ramach

6. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Orientacyjna cena brutto łącznie (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

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

OŚWIADCZAM, ŻE:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego PCPR
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem:

www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr-krasnik.powiatkrasnicki.pl

4. w okresie ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: tak nie,
5. 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** sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
6. 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,
7. 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,
8. **w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:** tak nie,
9. zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej na tablicy ogłoszeń w siedzibie PCPR oraz na stronie internetowej PCPR w Kraśniku : www.pcpr-krasnik.powiatkrasnicki.pl
10. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż:
 - administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kraśniku oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON. PFRON przetwarza dane osobowe w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
11. 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 podpis Wnioskodawcy
------------------	-------------------------------------

7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności podopiecznego lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/ niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a lub 2b lub 2c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dokument potwierdzający, iż wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):			
8.			

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika przygotowującego umowę, i/lub pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

pieczęć i imięna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis: _____

pieczęć i imięna dyrektora PCPR

data, podpis: _____

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie (o ile dotyczy)
---	-------

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała					Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1	Punktacja nr 2
1 STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIE RÓWNOWAŻNE, ZAKRES NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:								
a)	stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znaczny (I grupa inwalidzka) lub osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia	10	15				
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5					
b)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim		5					
2 AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:								
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		40	40				
3 AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA:								
a)	osoby studiujące (edukacja na poziomie wyższym)		10	10				
b)	osoby uczące się w szkole podstawowej/gimnazjalnej/ponadgimnazjalnej		5					
4 MIEJSCE ZAMIESZKANIA:								
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	5				
5 INNE KRYTERIA:								
a)	wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	30				
b)	wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		10					
c)	uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów. Uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość/poziom wykształcenia lub jakość wykonywanej pracy		0-10					
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 100 pkt.					
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50								

Data przekazania wniosku do opinii ekspertar. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Obszar A - Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B - Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B - Zadanie nr 2
..... zł zł zł
<input type="checkbox"/> Obszar B - Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar B - Zadanie nr 5	
..... zł zł	
<input type="checkbox"/> Obszar C - Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar C - Zadanie nr 5	
..... zł zł	

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....
data

.....
podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczętka imienna pracownika PCPR przygotowującego umowę
data, podpis:

pieczętka imienna dyrektora PCPR
data, podpis: