



## WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

### o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

| <input type="checkbox"/> Moduł I  |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>  |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu   | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych                           |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 4</b>  |
| dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania   | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 5</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>  |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu  | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 5</b>   |  |
| pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania |  |

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY   |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego  |   |
| Imię.....  | Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  |
| Dowód osobisty o numerze..... wydany w dniu.....r. ważny do .....r.  |   |
| przez.....   | 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"/> |
| Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna  | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty  |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały   | ADRES ZAMELDOWANIA<br>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)   |
| Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....<br>(poczta) | Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> .....<br/>(poczta)</input>   |
| Miejscowość .....  | Miejscowość .....   |
| ulica .....  | ulica .....   |
| Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....  | Nr domu ..... Nr lok. ....  |
| Województwo .....  | Województwo .....   |
| <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś   |   |
| Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....   |   |
| e' mail (o ile dotyczy): .....   |   |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)   |   |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu  | <input type="checkbox"/> firma handlowa <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> PFRON <input type="checkbox"/> PCPR <input type="checkbox"/> inne, jakie:   |

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**

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

**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 |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia  |  |   |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> 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"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                                      | <b>Prawe oko:</b>                    |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> <b>osoba niewidoma</b>       | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     |
|  | <input type="checkbox"/> <b>osoba głuchoniewidoma</b> | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

**INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):**

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> 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 .....<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony<br><input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: .....  | Nazwa pracodawcy: .....<br>.....<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę (nie krótszy niż 3 miesiące)<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę (nie krótszy niż 3 miesiące)<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna (nie krótszy niż 6 miesięcy)<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy<br><b>UWAGA:</b><br>okresy zatrudnienia sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni | Adres miejsca pracy:<br>.....<br>.....<br>.....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza<br>Nr NIP: .....  | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....<br><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<br>(nazwa instytucji, programu i/<br>lub zadania, w ramach<br>którego przyznana została<br>pomoc)   | Przedmiot<br>dofinansowania<br>(co zostało<br>zakupione ze<br>środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko<br>osoby, dla której<br>Wnioskodawca<br>uzyskał środki<br>PFRON) | Numer i data<br>zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana<br>(w zł) | Kwota rozliczona<br>przez organ<br>udzielający<br>pomocy<br>(w zł) |                              |
| .....   | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |                              |
| .....   | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |                              |
| .....   | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |                              |
| .....   | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |                              |
| .....   | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>   |  |  |                                |                    |                           |  |                              |

### 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    | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                 |
| 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 4

| <b>SPECYFIKACJA ZAKUPU</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania: | <b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b> |
|--|--|
| Sprzęt elektroniczny:  |  |
| Elementy sprzętu elektronicznego:  |  |
| Oprogramowanie:  |  |
| <b>RAZEM</b>   |  |

#### 5. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

**POSIADAM /PODOPIECZNY POSIADA\*** NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

**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:**  **NIE**  **TAK** w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

#### 6. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

| <b>Orientacyjna cena brutto łącznie (w zł)</b> | <b>Kwota wnioskowana (w zł)</b> |
|--|---------------------------------|
|  |                                 |

#### **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 przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr-krasnik.powiatkrasnicki.pl](http://www.pcpr-krasnik.powiatkrasnicki.pl)

4. w okresie ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskała(m) 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](http://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 ..... | .....<br><b>podpis Wnioskodawcy</b> |
|------------------|-------------------------------------|

## 7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

| Nazwa załącznika                   |   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
|                                    |   | Dołączono do wniosku                                   | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.                                 | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o <b>znacznym</b> lub <b>umiarkowanym</b> stopniu niepełnosprawności podopiecznego lub orzeczenia równoważnego albo <b>orzeczenia o niepełnosprawności</b> (osoby do 16 roku życia)   | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.                                 | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (sporządzone wg wzoru określonego w <b>załączniku nr 1</b> do formularza wniosku)  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.                                 | Zaświadczenie wydane przez <b>lekarza specjalistę</b> 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 <b>załączniku nr 2</b> ) | <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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka 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:                             |  | .....   |       |
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>                            |  | <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b> |       |
| 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                           |       |

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna dyrektora PCPR

data, podpis:

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... r.**

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

|   |       |
|---|-------|
| <b>Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie (o ile dotyczy)</b> | ..... |
|---|-------|

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

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

Data przekazania wniosku do opinii eksperta .....r. (o ile dotyczy)

### OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

|  | Liczba punktów ogółem  | Proponowana kwota dofinansowania<br><i>(w złotych)</i> | Opinia eksperta (o ile dotyczy)<br>wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem<br>w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń |
|--|--|--|---|
|  | Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku<br>..... |  |   |

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: