

Pieczeń PCPR

.....  
Data wpływu wnioskuPaństwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Program „Aktywny samorząd” jest finansowany ze środków PFRON

**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> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b> 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> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 4</b> 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> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b> 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"/> <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	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (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"/> ..... (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"/> ..... (poczta)
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:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcsr-krasnik.powiatkrasnicki.pl](http://www.pcsr-krasnik.powiatkrasnicki.pl)

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

<b>DANE PERSONALNE</b>	<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (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

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"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>	
	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	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 <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 ..... <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 <b>UWAGA:</b> 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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<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	..... ..... ..... ..... .....
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 I, OBSZAR B Zadanie 5

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych celem naprawy, jakich:	
Zakup dodatkowych elementów celem rozbudowy sprzętów, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Zakup dodatkowego oprogramowania (w celu osiągnięcia minimalnych wymogów technicznych lub dokonania koniecznych aktualizacji, niezbędnych do zachowania funkcjonalności sprzętu lub oprogramowania), jakiego:	
Koszty przeglądu	
Koszty konserwacji	
Koszty naprawy	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego w ramach programu?  TAK  NIE

Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął:  NIE  TAK, w.....roku

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku....., gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE  TAK, w.....roku

Jakie problemy techniczne występują z użytym sprzętem elektronicznym (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

#### 6. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu elektronicznego:	Orientacyjna cena brutto łącznie (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem (z pkt 4)		

#### 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,

3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) 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 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](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 .....	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
------------------	-------------------------------------

## 7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o <b>znacznym</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.	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"/>	
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				
7.				
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)**

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
<b>1 STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIE RÓWNOWAŻNE, ZAKRES NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:</b>								
a)	stopień niepełnosprawności <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)	<b>uzasadnienie</b> 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 <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: