

**WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu****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 ) **Moduł I** **Obszar C – Zadanie nr 2**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

 **Obszar C – Zadanie nr 3**

pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

 **Obszar C – Zadanie nr 4**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

 **Obszar C – Zadanie nr 5**

pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

 **Obszar D –** pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola****DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. , ważny do:.....

przez..... Płeć:  kobieta  mężczyznaPESEL Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**Kod pocztowy  -  .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

 miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

 firma handlowa  media  PCPR  PFRON  inne, jakie: .....

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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 dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> <b>jednej</b> kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> <b>jednej</b> kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Wnioskodawca <b>nie porusza się</b> przy pomocy wózka inwalidzkiego (ręcznego) : <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca <b>porusza się</b> przy pomocy wózka inwalidzkiego (ręcznego) - <b>samodzielnie</b> : <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca <b>porusza się</b> przy pomocy wózka inwalidzkiego (ręcznego) - <b>niesamodzielnie</b> : <input type="checkbox"/>		
<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

<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<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"/> 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"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<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				

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> niezatrudniony (od dnia:.....) <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> poszukujący pracy <input type="checkbox"/> 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 ( <b>nie krótszy niż 3 miesiące</b> ) <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ( <b>nie krótszy niż 3 miesiące</b> ) <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna ( <b>nie krótszy niż 6 miesięcy</b> ) <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: .....

## ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	

## OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<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"/> INNA, jaka: .....
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY

### NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

## 2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

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>							

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

### 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 i zagadnienia. W miarę możliwości, każdą podaną informację należy **udokumentować** w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 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 PRYZNANIA 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 JEST AKTYWNY ZAWODOWO?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
4) 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 C – ZADANIE 4

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>  	
<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....	
<b>Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:</b> <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
<b>Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:</b> .....	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> - w ramach (np. programu) ..... w ..... r.	
<b>Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> , w dniu: ..... r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> , w dniu: ..... r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):  	
<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)</b>	
numer rachunku bankowego .....	
nazwa banku .....	

## Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie 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.pcpkr-krasnik.powiatkrasnicki.pl](http://www.pcpkr-krasnik.powiatkrasnicki.pl)
- 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,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- 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,
- zapoznałam/am się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej na tablicy ogłoszeń w siedzibie PCPR oraz na stronie internetowej PCPR w Kraśniku : [www.pcpkr-krasnik.powiatkrasnicki.pl](http://www.pcpkr-krasnik.powiatkrasnicki.pl)
- Oświadczam, że zostałam/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
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,

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 .....r. ....

**podpis Wnioskodawcy**

## 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 stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (sporządzone wg wzoru określonego w <b>załączniku nr 1</b> do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w <b>załączniku nr 2</b> do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Dwie oferty specyfikacji i kosztorysu naprawy protezy, niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteżowni). Należy wypełnić za pomocą formularza aktywnego dostępnego pod adresem: <a href="http://www.pcpkr-krasnik.powiatkrasnicki.pl">www.pcpkr-krasnik.powiatkrasnicki.pl</a> , oraz <a href="http://www.pfron.org.pl">www.pfron.org.pl</a> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	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"/>	
Inne załączniki (należy wymienić):				
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ):	UWAGI
1	Wnioskodawca 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 (o ile dotyczy)	<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 i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: .....

**Weryfikacja formalna wniosku:**       **pozytywna**       **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

*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</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 (jeden stopień do wyboru)	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 ..... (o ile dotyczy)

### OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	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"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D	
..... zł	

## UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... r.

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

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

pieczęćka imienna pracownika PCPR przygotowującego umowę  
data, podpis:

pieczęćka imienna dyrektora PCPR  
data, podpis: