Nr sprawy:

………………………………………………..

Wniosek złożono w PCPR w Rykach

w dniu …………………………………



Wniosek złożono w PCPR w RykachWnio

w dniu …………………………………

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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

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 jego zakreślenie krzyżykiem )

|  |  |
| --- | --- |
| Obszar A – Zadanie nr 1  Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | Obszar A – Zadanie nr 2  pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B |
| Obszar B – Zadanie nr 1  pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania | Obszar B – Zadanie nr 2  dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu  sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
| Obszar C – Zadanie nr 1  pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | Obszar C – Zadanie nr 2  pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego 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 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.  przez................................................................................................................................ Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL ……………………………………………………………………. Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne | | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** –miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe  Kod pocztowy - ............................................  (poczta)  Miejscowość .......................................................................  Ulica ..................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ......... Powiat .......................................  Województwo ..................................................................... | | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)  Kod pocztowy - .......................  (poczta)  Miejscowość ...........................................................  Ulica ........................................................................  Nr domu ................. nr lokalu ................................  Powiat .....................................................................  Województwo ........................................................ |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**): | | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu...................  nr tel. komórkowego:..........................................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ......................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu  (podkreśl właściwe) | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie: | |

**STRONA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (podkreśl właściwe) | | | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | | znaczny stopień | | | | | I grupa inwalidzka | |
| całkowita niezdolność do pracy | | | | | | | umiarkowany stopień | | | | | II grupa inwalidzka | |
| częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | lekki stopień | | | | | III grupa inwalidzka | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .............................................. bezterminowo | | | | | | | | | | | | | |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: | | | | | **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej | | | | | | | | |
| **obu** kończyn dolnych | | | | | **jednej** kończyny dolnej | | | | | | innym | | |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma** | | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: ................... stopni | | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...........................  Zwężenie pola widzenia: .................... stopni | | | |
| **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **- OSOBA GŁUCHA** | | | | **07-S** choroby układu oddechowego  i krążenia | | | **09-M** choroby układu moczowo - płciowego | | | | **11-I** inne |
| **02-P**   choroby psychiczne | | **06-E** epilepsja | | | | **08-T** choroby układu pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |
|  | AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA | | | | | | | | | | | | |
| **niezatrudniona/y: od dnia:**........................... **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy zarejestrowany w UP** | | | | | | | | | | | | | |
| **zarejestrowana/y: od dnia:......................**  **zatrudniona/y: od dnia:**...................... **do dnia:** ..........................................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ....................................................** | | | | | | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................  **Adres miejsca pracy**: ............................................... | | | | | |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  umowa cywilnoprawna  staż zawodowy | | | | | | | | ....................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** | | | | | |
| **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ...................................... | | | | **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**.............., **dokonanego w urzędzie:** .....................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:....................................................................................................................................** | | | | | | | | | |
| **działalność rolnicza** | | | | **Miejsce prowadzenia działalności**: .......................................................................................... | | | | | | | | | |

**STRONA 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE (podkreśl właściwe) | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie: |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ (podkreśl właściwe) | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA     PODYPLOMOWE | STUDIA     DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | **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 lub MOPR?** | | | | | | tak nie | |
| 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**: | | | | |  | |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... .............................................................................................................................................................................................. Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**STRONA 4**

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) 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 (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) | ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................ |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. | - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie  - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | - tak - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | - tak (1 osoba)    - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia do 3 lat wstecz (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?  Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | - nie - nie dotyczy - tak (proszę opisać):  .........................................................................................................  .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?  (*dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się  o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu*) | Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.  - tak - nie |
| 1. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?  np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.   Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | - tak - nie  ................................................................................................................  ................................................................................................................ |
| 1. Czy w budynku, w którym zamieszkuje Wnioskodawca lub podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)? | - tak - nie |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................. – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU STRONA 7**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów  (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU | | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku  i uzyskania dofinansowania | - tak - nie | |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | - tak - nie | |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | - tak - nie | |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | - tak - nie | |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | - tak - nie | |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | - tak - nie | |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ....................../ ......................../ 20.... r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  w zakresie pkt: ........................................................................... | | - tak - nie | | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | | |

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ................/ ......................../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

**STRONA 8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ........................................................ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała** | | | | | **Liczba punktów** | **Maksymalna liczba punktów** | | **Punktacja  nr 1 wniosku** | | | **Punktacja  nr 2 wniosku** | |
| **1** | | | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:** | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | stopień niepełnosprawności | | znaczny (I grupa inwalidzka) | | | 10 |  | |  | | |  | |
|  | | | *(jeden stopień do wyboru*) | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | | | 5 |  | |  | | |  | |
| b) | | | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | | | | | 10 |  | |  | | |  | |
|  | | | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | | | | | 5 | **30** | |  | | |  | |
| c) | | | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome | | | | | 5 |  | |  | | |  | |
| d) | | | występuje niepełnosprawność **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c | | | | | 5 |  | |  | | |  | |
| **2** | | | **Aktywność zawodowa:** | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy | | | | | **15** | **25** | |  | | |  | |
| b) | | | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) | | | | | 10 |  | |  | | |  | |
| **3** | | | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | | | | | **70** |  | |  | | |  | |
| b) | | | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie) | | | | | 65 |  | |  | | |  | |
| c) | | | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę) | | | | | 60 | **70** | |  | | |  | |
| d) | | | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej | | | | | **55** |  | |  | | |  | |
| **4** | | | **Miejsce zamieszkania:** | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | teren wiejski | | | | | 5 | **10** | |  | | |  | |
| b) | | | **dotyczy wyłącznie Obszaru C** **Zadanie nr 1 i 2**  – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) | | | | | 5 |  | | |  | |
| **5** | | | **Inne kryteria:** | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | Wnioskodawca **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | | | | 5 |  | |  | | |  | |
| d) | | | dodatkowe osoby **niepełnosprawne**  w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | | – w przypadku jednej osoby | | | 5 | | |  | |  |  | | |
|  | | | ***(jeden przypadek do wyboru*)** | | – w przypadku więcej niż jedna osoba | | | 10 | | | **45** | |  |  | | |
| e) | | | **szczególne utrudnienia Wnioskodawcy** (pkt 3.7 wniosku) | | | | | 5 |  | |  | | |  | |
| f) | | | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia | | | | | **20** |  | |  | | |  | |
| g)  g) | | | **dotyczy wyłącznie Obszaru C** **Zadanie nr 1** - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter*** | | | | | - 20 |  | |  | | |  | |
| h) | | | wniosek był  **kompletny** w dniu przyjęcia | | | | | 5 |  | |  | | |  | |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | | | | | | | **maksymalnie 180** | | | | ................ | | | | .................... | |
| **Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .........** | | | | | | | | | | | | | |

**Data przekazania wniosku do opinii eksperta ........../ ........./ 20......... r.** (*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** |
| Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | ........... | .............. | **pozytywna**: **negatywna**:  **data i czytelny podpis eksperta** |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ....../......./20... r.

**STRONA 9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** | | | |
| Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 | Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 | | Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | | ................................................... zł |
| Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 | Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 | | Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | | ................................................... zł |
| Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3 | Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 | | Moduł I Obszar D |
| ................................................... zł | ................................................... zł | | ................................................... zł |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR A – Zadanie nr 2** | | | |
| Koszty kursu i egzaminów: | | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: | |
| ................................................... zł | | ......................................................... zł | |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4** | | | |
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: | | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: | |
| ................................................... zł | | ......................................................... zł | |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | | | |
| ...................20...... r. ............................ ...........................  data podpisy osób podejmujących decyzję | | | |

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

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*