

 **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**


###  *W RYKACH*

 ***ul. Wyczółkowskiego 10a 08-500 Ryki, tel. (81) 86-54-706 tel./fax 86-54-852***

 ***www.pcprryki.pl e-mail: pcprryki@op.pl***

###### Wniosek złożono w PCPR w Rykach w dniu ......................................................

Nr sprawy:

…………………………………………….

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 jego zakreślenie krzyżykiem )

|  |  |
| --- | --- |
|  Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu |  Obszar B – Zadanie nr 1pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania  |
|  Obszar B – Zadanie nr 2dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania |   Obszar C – Zadanie nr 1pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  |
|  Obszar C – Zadanie nr 2pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym należy wypełnić wszystkie pola

|  |
| --- |
| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY |
|  rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego   Imię...................................................Nazwisko............................................................. Data urodzenia .......................r.  Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu...........................r. przez........................................   PESEL ……………………………………………………….. Płeć: kobieta mężczyzna   Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  |
| 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 lok. ......................Województwo ...................................................... |
| 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 (podkreśl właściwe) | - firma handlowa - media - PFRON - inne, jakie: |

**STRONA 1**

|  |
| --- |
| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” |
| DANE PERSONALNE Imię ....................................................................Nazwisko ............................................................Data urodzenia:................................................. r.PESEL Pełnoletni: tak   nie Płeć: kobieta   mężczyzna | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** **(ADRES)**(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)Kod pocztowy - ............................................ (poczta) Miejscowość .................................................................Ulica ............................................................................Nr domu ........................... Nr lok. ................................Powiat ..........................................................................Województwo ............................................................... miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś  |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** ( 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 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:** **Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Podopieczny 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 |

**STRONA 2**

|  |
| --- |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI (podkreśl właściwe)  |
| ŻŁOBEK | PRZEDSZKOLE | SZKOŁA PODSTAWOWA |
| GIMNAZJUM | TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA  | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM |  STUDIA   |
|  INNA, jaka .................................................................................................. | nie dotyczy |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI****Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...............................**Miejscowość** ........................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ...................................**Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ........................................................................................  |
| **Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo)**: .................., w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:..........................................**Osiągnięcia w nauce i wychowaniu do 3 lat wstecz** (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 30 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.** |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (*o ile dotyczy*) |
|  **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** |
|  **zatrudniona/y: od dnia:**.......................... **do dnia:**........................ **na czas nieokreślony inny, jaki: ...................................** | **Nazwa pracodawcy**: ......................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę** **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** **umowa cywilnoprawna** **staż zawodowy** | **Adres miejsca pracy**: ................................................................ ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................**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**: ................................................................................... |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

**STRONA 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 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**: |  |  |

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. 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 Wnioskodawca wykaże, że przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub wykształcenia)
 | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| 2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu. |  - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (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 Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie na ten sam cel w roku ubiegłym i nie otrzymał dofinansowania z powodu braku środków finansowych PFRON? |  - 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 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 |
| 6) 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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. |  - tak - nie.............................................................................................................................................................................................. |
| 7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?  |  - tak - nie |
| 8) Czy w budynku, w którym zamieszkuje Wnioskodawca lub podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)? |   - tak - nie |

**STRONA 4**

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

|  |
| --- |
| 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 i podopieczny 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 (nie dotyczy obszarów: B4 i D) |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów  |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) |  - 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 kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

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

 *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 7**

|  |
| --- |
| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ....................................................... |
| **I.** | **KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała** | **Liczba punktów**  | **Maksymalna liczba punktów** | **Punktacja nr 1 wniosku**  | **Punktacja nr 2 wniosku**  |
| **1** | **Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:**  |
|  | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | 10 |  |  |  |
| a) | 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 |  |  |  |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą **znaczny** stopień niepełnosprawności | 5 | **20** |  |  |
| c) | niepełnosprawność podopiecznego jest **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b  | 5 |  |  |  |
| **2** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** |
| a) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej  | **55** |  |  |  |
| b) | podopieczny pobiera naukę w gimnazjum | 50 | **70** |  |  |
| c) | podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej | 40 |  |  |  |
| d) | podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a  | **70** |  |  |  |
| **3** | **Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:**  |
| a) | obszar wiejski | 5 | **10** |  |  |
| b) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2**  – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) | 5 |  |  |
| **4** | **Inne kryteria:** |
| a) | osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)  | **30** |  |  |  |
| b) | Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem  | 1 |  |  |  |
| c) | Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie na ten sam cel w roku ubiegłym i nie otrzymał dofinansowania z powodu braku środków finansowych PFRON. | 10 |  |  |  |
| d) | Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | 1 |  |  |  |
| e) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | – w przypadku jednej osoby  | 1 | **70** |  |  |
|  | ***(jeden przypadek do wyboru*)** | – w przypadku więcej niż jedna osoba  | 4 |  |  |  |
| f) | szczególne **utrudnienia** Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku) | 2 |  |  |  |
| g) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo  | **20** |  |  |  |
| h) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C** **Zadanie nr 1**  - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter*** | - 20 |  |  |  |
| i) | wniosekbył **kompletny** w dniu przyjęcia | 1 |  |  |  |
| **II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)** | **maksymalnie 170** |  |  |
| **III. 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 8**

|  |
| --- |
| **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):** |
|  Obszar A – Zadanie nr 1  |  Obszar B – Zadanie nr 1 |  Obszar B – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Obszar C – Zadanie nr 1 |  Obszar C – Zadanie nr 2 |
| ................................................... 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:*