

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program 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)

| Moduł I | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |

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 urodzeniar. | |
| Dowód osobisty seria numer wydany w dniu | |
| przez ważny do | |
| 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"/> | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą) Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat | ADRES ZAMELDOWANIA (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"/> (pocztą) 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 | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: |

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo | | |

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

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

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O | Lewe oko: | Prawe oko: |
| <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"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| | <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | | | |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06- E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12- C 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: | | |
| Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: <input type="checkbox"/> - (od 1 do 6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej:..... | | |
| Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy) | | |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowany w PUP od dnia | | |
| <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowany w PUP od dnia <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: | Nazwa pracodawcy: | |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | Adres miejsca pracy: | |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna | | |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: | |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: | |
| Nr NIP: | <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

STRONA 4

| | | | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|------------------------------|
| 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 / Oddział 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) | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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 a) należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania oraz wskazać co podopieczny Wnioskodawcy będzie mógł osiągnąć w zakresie aktywizacji zawodowej/ edukacyjnej/ społecznej, gdy będzie posiadał sprzęt, o którego dofinansowanie wnioskuje, b) w przypadku, gdy podopieczny Wnioskodawcy ponownie ubiega się o udzielenie pomocy na ten sam cel, należy wskazać w odniesieniu do posiadanego sprzętu co podopieczny Wnioskodawcy będzie mógł osiągnąć, gdy będzie posiadał sprzęt, o którego dofinansowanie wnioskuje. | |
| 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 . | <input type="checkbox"/> - tak - więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie |
| 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)? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - 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 elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

| | |
|---|--|
| <p>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.</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE – WYPEŁNIA REALIZATOR

STRONA 7

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p><u>Deklaracja bezstronności</u></p> | | | |
| <p>Oświadczam, że:</p> | | | |
| <p>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,</p> | | | |
| <p>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,</p> | | | |
| <p>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,</p> | | | |
| <p>4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.</p> | | | |
| <p>Zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. | | | |
| <p>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku</p> | <p>Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie</p> | <p>Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)</p> | <p>Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)</p> |
| | | | |

| <p>WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU</p> | | | |
|---|--|--|--|
| 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 (nie dotyczy obszarów: B4 i D) | <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 | |
| <p>Data weryfikacji formalnej wniosku:</p> | | <p>...../...../ 20.... r.</p> | |
| <p align="center">Weryfikacja formalna wniosku:</p> | | <p><input type="checkbox"/> pozytywna</p> | <p><input type="checkbox"/> negatywna</p> |
| <p>Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:</p> <p>.....</p> | | <p align="center"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> | |
| <p>Wniosek kompletny w dniu przyjęcia</p> | | <p align="center"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> | |

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data podpis:

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 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 dolnych lub górnych lub niewidome lub głuchoniewidome | | 10 | 68 | | | |
| a) | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych | | 5 | | | | |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znacznym stopień niepełnosprawności | | 3 | | | | |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby niedowidzące | | 3 | | | | |
| d) | niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-c | | 2 | | | | |
| e) | Obszar C zadanie 3 | | 50 | | | | |
| 2 | Aktualnie realizowany etap kształcenia: | | | | | | |
| a) | podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym | | 10 | 70 | | | |
| b) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej, policealnej | | 5 | | | | |
| c) | podopieczny pobiera naukę w gimnazjum | | 4 | | | | |
| d) | podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej | | 3 | | | | |
| 3 | Miejsce zamieszkania: | | | | | | |
| a) | wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców | | 3 | 5 | | | |
| 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) | | 2 | | | | |
| 4 | Inne kryteria: | | | | | | |
| a) | Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | 5 | 17 | | | |
| b) | Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | | 1 | | | | |
| c) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i> | | – w przypadku jednej osoby | | 3 | | |
| | | | – w przypadku więcej niż jedna osoba | | 5 | | |
| d) | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku) | | 3 | | | | |
| e) | 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 | | 3 | | | | |
| f) | dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter | | - 3 | | | | |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4) | | | maksymalnie 100 | | | | |
| Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi: | | | | | | | |

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20.....r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

| | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | Liczba punktów ogółem | Proponowana kwota dofinansowania (w złotych) | Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń |
| | | | pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta |

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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 2 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 |
| zł | zł | zł |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 | | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 |
| 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:

.....

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora
programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej
jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: