

Numer sprawy

WNIOSEK - wypełnia Wnioskodawca

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

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. **WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.**

Obszar C

Zadanie 1 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym adresowany do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY – należy wypełnić wszystkie pola !!!

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek: ☐ - w swoim imieniu

☐ - jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniu
przez ważny do dnia

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe: ☐ samodzielne ☐ wspólne

Miejsce zamieszkania: ☐ wieś ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

Województwo

DANE KONTAKTOWE

Numer telefonu stacjonarnego

Numer telefonu komórkowego

Adres e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wpisać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy - (pocztą)	Kod pocztowy - (pocztą)
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok.	Nr domu nr lok.
	Powiat
	Województwo

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty: seria numer wydany w dniu
przez ważny do dnia

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Miejsce zamieszkania: ☐ wieś ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

2. STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK (należy zaznaczyć jedną z możliwości zgodnie z posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności)	
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)	☐ I grupa inwalidzka ☐ II grupa inwalidzka ☐ III grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy	

OKRES WAŻNOŚCI ORZECZENIA		
☐ bezterminowo ☐ okresowo do:		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
☐ 01- U upośledzenie umysłowe ☐ 02- P choroby psychiczne ☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ 06- E epilepsja ☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08- T choroby układu pokarmowego ☐ 09- M choroby układu moczowo – płciowego ☐ 10- N choroby neurologiczne ☐ 11- I inne ☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe ☐ w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności Czy u wnioskodawcy występuje niepełnosprawność sprzężona tj. więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności: ☐ tak: ☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny ☐ nie	☐ 04- O narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji) Zwężenie pola widzenia stopni Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji) Zwężenie pola widzenia stopni ☐ 05- O narząd ruchu w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ jednej kończyny górnej ☐ innym ☐ wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
☐ osoba zarejestrowana w PUP jako: ☐ bezrobotna ☐ poszukująca pracy ☐ nie dotyczy		
☐ osoba zatrudniona Rodzaj zatrudnienia: ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania ☐ umowa cywilnoprawna (umowa zlecenie, umowa o dzieło) ☐ inny: Okres zatrudnienia: ☐ czas określony od do ☐ czas nieokreślony	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy:	
☐ działalność gospodarcza NIP:	☐ działalność rolnicza	
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	☐ nie dotyczy

OBECNY ETAP NAUKI			
☐ żłobek/przedszkole	☐ szkoła podstawowa	☐ gimnazjum	☐ jednolite studia magisterskie
☐ zasadnicza szkoła zawodowa	☐ studia (1 i 2 stopnia)	☐ kolegium	☐ technikum
☐ szkoła policealna	☐ liceum	☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie
☐ inny, jaki:			☐ nie dotyczy
Nazwa i adres szkoły			
Nazwa szkoły klasa/rok			
Adres placówki			
Telefon kontaktowy (wymagany do potwierdzenia informacji)			

3. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Czy wnioskodawca (lub jego podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ? ☐ TAK ☐ NIE (dotyczy wszystkich zadań poza Modułem II/student/student II)					
Przedmiot dofinansowania/ cel	Imię i nazwisko beneficjenta pomocy	Nazwa realizatora oraz nazwa zadania, w ramach, którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia umowy
Razem uzyskane dofinansowanie					
Wymagalne* zobowiązania wobec PFRON lub Realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”					
Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON				☐ TAK ☐ NIE	
Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”				☐ TAK ☐ NIE	
jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:					
.....					
.....					
.....					
*zobowiązania wymagalne to takie, których termin zapłaty upłynął					

4. 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca/ podopieczny 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. PCPR)	☐ TAK ☐ NIE
Uzasadnienie wniosku wskazującego na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji oraz – jeżeli dotyczy – należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu	
Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy/ podopiecznego	
Wnioskodawca aktywny zawodowo jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (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 (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY ☐ TAK (proszę opisać)
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.	☐ NIE ☐ TAK (proszę opisać)
Czy Wnioskodawca/podopieczny jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/ podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ TAK ☐ NIE
Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy/ podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ TAK - 1 osoba ☐ NIE ☐ TAK - więcej niż 1 osoba
Czy w roku 2018 lub 2019 Wnioskodawca/podopieczny został poszkodowany wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	☐ TAK ☐ NIE

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - MODUŁ I - Obszar C Zadanie 1

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	☐ tak ☐ nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL zakupiony ze środków:	rok nabycia:r. ☐ nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ tak - w roku ☐ nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ tak - w roku ☐ nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	 kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	☐ tak ☐ nie
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	☐ tak ☐ nie
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	☐ tak ☐ nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	☐ tak ☐ nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	☐ tak ☐ nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	☐ tak ☐ nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	☐ tak ☐ nie
– występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	☐ tak ☐ nie
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	☐ tak ☐ nie
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	☐ tak ☐ nie

5. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – (oryginał do wglądu)	☐	☐	
2.	Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	☐	☐	
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu)	☐	☐	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), w imieniu, której występuje opiekun prawny	☐	☐	
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	☐	☐	
6.	Kserokopia pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika	☐	☐	
7.	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/ dzieckiem/podopiecznym, (jeśli dotyczy)	☐	☐	
8.	W przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie	☐	☐	
9.	W przypadku Wnioskodawców/dzieci/podopiecznych, którzy się uczą – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki	☐	☐	
10.	Podstawa kalkulacji kosztów zakupu przedmiotu dofinansowania - Oferta cenowa np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej),	☐	☐	
11.	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, Straż Pożarną, Policję.	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	
14.				
15.				
16.				

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU
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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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	

Weryfikacja formalna wniosku:
☐
pozytywna
☐
negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

☐ - tak ☐ - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

☐ - tak ☐ - nie

*pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczęćka 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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: – dotyczy Modułu I							
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 (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	20	60			
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	10				
		Orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)	20				
b)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych, głuche lub niewidome	10					
	Osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych, osoba niedowidząca	10					
c)	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome	20					
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c	10					
2	Aktywność zawodowa:						
a)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy, jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu		15	40			
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		40				
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia:						
a)	Osoba rozpoczynająca i kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		15	20			
b)	Osoba rozpoczynająca i kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej		15				
c)	Osoba rozpoczynająca i kontynuująca studia		20				
4	Miejsce zamieszkania:						
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10			
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka osoba niepełnosprawna nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5				
5	Inne kryteria:						
a)	Osoba nie otrzymała dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	50			
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym osoby, której dotyczy wniosek	– w przypadku jednej osoby	5				
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10				
e)	szczególne utrudnienia osoby, której dotyczy wniosek		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)	Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2018 lub 2019 roku		10				
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 180				
Minimalna liczba punktów, uprawniający 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
Pieczętka 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

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):

☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1
..... zł	 zł	 zł
☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2
..... zł	 zł	 zł
☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3
..... zł		 zł
☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4
..... zł	 zł	 zł
☐ Obszar D	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5
..... 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:

.....

.....

.....

.....

.....
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: