

Nr wniosku

WNIOSEK

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

Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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.

Moduł I OBSZAR C – Zadanie nr 5 – pomoc w zakupie skutera o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

1. Informacje Wnioskodawcy – (dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekuna prawnego

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

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. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.**

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA
wpisać, gdy jest inny niż adres podany w kolumnie „miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres do korespondencji wpisać jeśli jest inny niż adres podany w kolumnie: „Miejsce zamieszkania”:

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

Dane do kontaktu*: WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO

nr kier. nr telefonu

nr tel. komórkowego:

e’mail:

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: tak niePłeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

 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 inwalidzkaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

 NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: obu kończyn górnych
górnej **jednej** kończyny obu kończyn dolnych **jednej** kończyny dolnej innymWnioskodawca 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

- zatrudniona/y: od dnia: do dnia:
- na czas nieokreślony inny, jaki:
- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

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:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA | <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE |
| <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE |
| <input type="checkbox"/> TECHNIKUM | <input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> INNA, jaka: | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek?			tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) (nazwa programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana (w zł)	Termin rozliczenia
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:			
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:			tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:			tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:			
.....			
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć:			
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,			
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:			
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,			
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,			
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;			

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 8 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność 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 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
2) 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 MOPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
4) 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 (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? – w okresie trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):
5) 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 3 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Osoba poszkodowana w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (należy udokumentować zaistniałą sytuację np. decyzja pomocy społecznej, potwierdzenie przez straż pożarną, policję).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji zawodowej

(zawód, staże, kursy, zatrudnienie, rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji edukacyjnej

(kontynuacja edukacji, zdobycie wykształcenia, zdobycie zawodu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji społecznej

(nawiązywanie kontaktu z rówieśnikami, zaangażowanie w działalność społeczną, przynależność do stowarzyszeń lub organizacji pozarządowych, udział w zajęciach organizowanych przy placówkach pomocy społecznej)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Plan aktywizacji zawodowej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Plan aktywizacji edukacyjnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Plan aktywizacji społecznej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego <i>(wg załączonej oferty cenowej lub kosztorysu)</i>	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Model (nazwa) skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: Wybrany skuter jest: trzykołowy <input type="checkbox"/> czterokołowy <input type="checkbox"/> jednoosobowy <input type="checkbox"/> dwuosobowy <input type="checkbox"/>	
Dodatkowe wyposażenie wózka:	
Inne, jakie:	
ŁĄCZNIE	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
Dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SKUTER o napędzie elektrycznym : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie MODEL ROK NABYCIA:
<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK o napędzie elektrycznym : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie MODEL ROK NABYCIA:
Czy Wnioskodawca/Podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera o napędzie elektrycznym? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) Wr.

* - należy zaznaczyć właściwe

7. UZASADNIENIE WNIOSKU WSKAZUJĄCE NA ZWIĄZEK UDZIELENIA DOFINANSOWANIA Z MOŻLIWOŚCIĄ REALIZACJI CELÓW PROGRAMU. W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o ponowne dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i w przypadku refundacji

□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□

(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Tarnobrzegu** tak - nie.
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. **zapoznałam(em) się z zasadami** udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także w MOPR w Tarnobrzegu,
4. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: tak - nie,
6. **posiadam środki finansowe** na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 35%** ceny brutto),
7. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
8. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,

10. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na **warunkach określonych w umowie z Realizatorem, na podstawie** przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

..... dnia /..... /..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

8. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dolączył do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 4 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę/ Podopiecznego, ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy – dotyczy osób zatrudnionych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Oferta cenowa lub kosztorys z nazwą sprzętu, wartością brutto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:/...../..... r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: - tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia - tak - nie

pieczętka imienna pracownika MOPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna pracownika MOPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

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

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

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

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 (jeden stopień do wyboru)	znaczny/orzeczenie o niepełnosprawności	7	24	
		umiarkowany	5		
		lekki	2		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		7		
		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		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, skuterze, osoby głuchoniewidome		6		
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit b-c		4		
2	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba zatrudniona		40	40	
b)	osoba aktywna zawodowo (zarejestrowana jako bezrobotna lub poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu) i jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych		20		
c)	osoba aktywna zawodowo (zarejestrowana jako bezrobotna lub poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu)		10		
3	Osoba poszkodowana w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	10	
4	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie)		9	9	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		7		
c)	osoby uczące się w szkole podstawowej lub gimnazjum		5		
5	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		4	11	
b)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby	2		
		- w przypadku więcej niż jedna osoba	3		
c)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.5 wniosku)		4		
6	Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu		6	6	
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6)			maksymalnie 100
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 35					

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
Pieczątką imienną, 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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D 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:

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora MOPR

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

*pieczętki imienne pracowników MOPR
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora MOPR

data, podpis: