

Wniosek złożono w MOPR
.....
w dniu

Nr sprawy:
.....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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.

MODUŁ I

Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar A LIKWIDACJA BARIERY TRANSPORTOWEJ

Zadanie 1 - POMOC W ZAKUPIE I MONTAŻU OPRZYRZĄDOWANIA DO POSIADANEGO SAMOCHODU
(adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu ruchu)

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzeniar. PESEL

W przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość (rodzaj dokumentu, nr, data wydania, data ważności, organ wydający dokument):.....

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

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....
 e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu - firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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

Wnioskodawca porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym:

Wnioskodawca nie mogący poruszać się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym:

<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 niedowidząca	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

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"/> 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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <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 <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: <input type="checkbox"/> działalność rolnicza	<input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... .dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... Miejsce prowadzenia działalności:
---	---

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		

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:

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** w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu uzyska 2 pkt
2) Czy u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność? Powyższa informacja musi być potwierdzona w posiadanych orzeczeniach dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak (2 przyczyny niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> - tak (3 przyczyny niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy wnioskodawca jest aktywny zawodowo i jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych. Osoba niepełnosprawna może wykazywać aktywność w okresie trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
5) Czy wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. (niniejsza informacja musi zostać udokumentowana).	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik	
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

6. Informacje uzupełniaj

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:rok produkcji nr rejestracyjny <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu	
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).	
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa)..... jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji nr rejestracyjny	
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:	
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach	
Czy u wnioskodawcy pogorszył się stan zdrowia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy wnioskodawca wskutek zdarzeń losowych utracił przedmiot dofinansowania ze środków PFRON albo uległ on zniszczeniu w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Miasto na prawach powiatu Piekary Śląskie 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 pod adresem: www.mopr.piekary.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto),
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
10. W przypadku transakcji na odległość (zakupy w sieci /sprzedaż internetowa), dokonanej przez wnioskodawcę z własnych środków, zwrot dokonanej zapłaty – do wysokości przyznanego środków, następuje na rachunek bankowy wnioskodawcy jeżeli:
 - zapłata została dokonana przez wnioskodawcę po dacie zawarcia umowy dofinansowania;
 - wnioskodawca przedłożył fakturę VAT wraz z dowodem dokonania zapłaty (odrębny dowód uiszczenia zapłaty jest wskazany w przypadku, gdy fakt uiszczenia zapłaty przelewem/kartą/za pobraniem, nie zostanie stwierdzony na fakturze);
 - od transakcji, której dotyczy zwrot zapłaty, upłynęło co najmniej 14 dni kalendarzowych;
 - wnioskodawca potwierdził odbiór przedmiotu dofinansowania z warunkami umowy dofinansowania.

UWAGI !

1. Samorząd powiatowy może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresu wskazanego w rozdziale VI ust. 5 programu, wobec wnioskodawców, który wskutek :
 - pogorszenia stanu zdrowia lub zmian w stanie fizycznym nie mogą korzystać z posiadanego uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania,
 - zdarzeń losowych utracili przedmiot dofinansowania ze środków PFRON albo uległ on zniszczeniu w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

Informacja dotycząca RODO:

Administratorem danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich z siedzibą przy ul. Bpa Nankera 103, 41-949 Piekary Śląskie oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn.zm.).

Informuję, iż Pani/Pana dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Piekary Śląskie, dnia /..... /20.... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych, które studiują lub uczą się w szkołach ponadgimnazjalnych/ponadpodstawowych/policealnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Rozszerzony wypis z orzeczenia potwierdzający spełnienie warunków uczestnictwa w programie (w przypadku gdy orzeczenie nie wskazuje przyczyny tego orzeczenia i jest wydane np. przez ZUS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zaświadczenie lekarza specjalisty, wypełnione w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku, potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń)- załącznik nr 2 do wniosku. <i>w przypadku zaświadczenia lekarskiego złożonego przez wnioskodawcę do wniosku w 2018 roku, zachowuje swoją ważność do dnia 31 grudnia 2019r.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Oferta cenowa dot. zakupu i montażu planowanego oprzyrządowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dokument potwierdzający, iż wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Oświadczenie wnioskodawcy potwierdzające, że mieszka i utrzymuje się samodzielnie z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji (w przypadku osób prowadzących samodzielnie gospodarstwo domowe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Inne załączniki (należy wymienić):			

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 pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelny podpis eksperta (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)	Data, pieczętka i podpis kierownika działu

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (<i>zaznaczyć właściwe</i>):	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 wkładu 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:

...../...../20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku:

pozytywna

negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie

w zakresie pkt:

- tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak - nie

<i>pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku</i>	<i>pieczętka imienna kierownika działu</i>	<i>pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i>
<i>data, podpis:</i>	<i>data, podpis:</i>	<i>data, podpis:</i>

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 (o ile dotyczy)	
--	--

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU						
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 <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znaczny lub dziecko do 16 roku życia spełniające pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności lub dziecko po 16 roku życia posiadające znaczny stopień niepełnosprawności	10	25		
		umiarkowany lub dziecko do 16 roku życia nie spełniające pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności lub dziecko po 16 roku życia posiadające umiarkowany stopień niepełnosprawności	5			
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub dolnych lub głuchoniewidome lub z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystanie z usług tłumacza języka migowego		10			
	osoby ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych lub osoby niewidome lub z dysfunkcją narządu słuchu		5			
c)	występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia		5			
2	Aktywność zawodowa:					
a)	osoby aktywne zawodowo i jednocześnie podnoszące swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo, które jednocześnie działają na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych.		3	3		
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia lub zatrudnienie					
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące studia		15	55		
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej/policealnej		5			
c)	osoby pobierające naukę w gimnazjum		3			
d)	osoby pobierające naukę w szkole podstawowej		2			
e)	osoby zatrudnione		40			
4	Wnioskodawca lub podopieczny w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	10		
5	Inne kryteria:					
a)	wnioskodawca lub podopieczny nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		3	7		
b)	uzasadnienie potwierdzające związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (pkt 3.1. wniosku)		2			
c)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		2			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 100			
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania w pierwszej kolejności wynosi: 30 pkt						

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20..... 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

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	
pozytywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu I obszaru: zadanie negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu I obszaru: zadanie	
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 1 zł.	
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:	
.....20.....r. data	
..... podpis, pieczętką imienną dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu	

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę	pieczętką imienną kierownika działu	pieczętką imienną dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu
data, podpis:	data, podpis:	data, podpis: