

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....

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.

#### MODUŁ I

#### Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

#### Obszar B LIKWIDACJA BARIER W DOSTĘPIE DO UCZESTNICTWA W SPOŁECZEŃSTWIE INFORMACYJNYM

#### Zadanie 4 - POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA

(adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności ( do 16 roku życia ) z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami komunikowania się za pomocą mowy)

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka     opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko.....

Data urodzenia .....r. 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   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(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"/> ..... (poczta)
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 .....

### 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"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , 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 porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny nie mogący poruszać się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym:	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		
<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca		
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		

<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.mopr.piekary.pl](http://www.mopr.piekary.pl)

**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: .....

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Nazwa pracodawcy: ..... ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... ..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<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"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <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 <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:		
.....		
.....		
<b>Uwaga!</b> 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.		

<b>Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie.</b>	<b>tak</b> <input type="checkbox"/>
	<b>nie</b> <input type="checkbox"/>
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania
Razem:	

### 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 na liście stanowiącej załącznik nr 7 do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) <b>Uzasadnienie</b> 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</p>	<p>.....                      .....                      .....</p>
<p>2) Czy u <b>podopiecznego Wnioskodawcy</b> występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność. Powyższa informacja musi być <b>potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (2 przyczyny niepełnosprawności)  <input type="checkbox"/> - tak (3 przyczyny niepełnosprawności)  <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania <b>podopieczny Wnioskodawcy pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana</b> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy <b>podopieczny wnioskodawcy jest aktywny zawodowo i jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe</b> (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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać)    <input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy                      .....                      .....</p>
<p>5) Czy <b>podopieczny wnioskodawcy w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych</b> (niniejsza informacja musi zostać udokumentowana)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>

### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<b>Zadanie nr 4 - specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	

## 5. Informacje uzupełniające

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursy komputerowe: .....

.....

**CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO**

i OPROGRAMOWANIA:  NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 4		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\* - należy zaznaczyć właściwe

## Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Miasto na prawach powiatu Piekary Śląskie  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.piekary.pl](http://www.mopr.piekary.pl).
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- 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 !**

- Samorząd powiatowy może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresu wskazanego w rozdziale VI ust 5 programu, wobec wnioskodawców, którzy 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.

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

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupelniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (w przypadku gdy dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności) do formularza wniosku ( o ile dotyczy). W przypadku zaświadczenia złożonego przez wnioskodawcę do wniosku w 2018, zachowuje swą ważność do dnia 31 grudnia 2019r.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oferta cenowa dot. zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	<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.	Inne załączniki (należy wymienić):			
12.				
13.				
14.				



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

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

Data, 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 (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 (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	<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	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../ 20.... r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>	<input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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 program</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
<b>1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
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 <b>znaczny</b> stopień niepełnosprawności	10	<b>25</b>	
		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		
<b>2 Aktywność zawodowa:</b>					
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	<b>3</b>	
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia lub zatrudnienie</b>					
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące studia		15	<b>55</b>	
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		
<b>4</b>	<b>Wnioskodawca lub podopieczny w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych</b>		10	<b>10</b>	
<b>5 Inne kryteria:</b>					
a)	wnioskodawca lub podopieczny <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		3	<b>7</b>	
b)	<b>uzasadnienie potwierdzające związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu</b> (pkt 3.1. wniosku)		2		
c)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia		2		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>			<b>maksymalnie 100</b>		

**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			
	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: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>  data i czytelny podpis eksperta wraz z pieczętką

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 obszaru:.....	negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach obszaru:.....
<u>Deklaracja bezstronności</u>	
<b>Oświadczam, że:</b>	
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.	
<b>Zobowiązuję się do:</b>	
- 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.	
<b>PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):</b>	
<input type="checkbox"/> <b>MODUŁ I - Obszar B Zadanie 4</b> ..... <b>zł.</b>	
<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</b>	
.....20.....r. data	
..... pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu	

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

<i>pieczętka imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę</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>