

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 C LIKWIDACJA BARIER W PORUSZANIU SIĘ

Zadanie 2 - POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO WÓZKA INWALIDZKIEGO

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 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 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(poczta)</small> |
| Nazwisko | Miejscowość |
| Data urodzenia:..... r. | Ulica |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym |
| Podopieczny 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"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | | Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni | Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni |
| <input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>): | | | |
| <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 |

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz 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) | | |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | Nazwa pracodawcy: | |
| <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 | Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: | |

| | |
|--|---|
| <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: | | |
| | | |
| | | |
| 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. | | |

| Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie. | tak <input type="checkbox"/> nie <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 |
|---|--|
| 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 podopiecznego Wnioskodawcy 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"/> - tak (3 przyczyny niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> - nie |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny Wnioskodawcy pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 4) Czy podopieczny wnioskodawcy 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 podopieczny wnioskodawcy w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (niniejsza informacja musi zostać udokumentowana) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|--|---------------------------------------|
| Zakup części zamiennych, jakich: | |
| Zakup akumulatora | |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: | |
| Koszty naprawy/remontu | |
| Koszty przeglądu technicznego | |
| Koszty konserwacji/renowacji | |
| RAZEM | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------|--------------------------|
| Razem | | |

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE TAK - w ramach (np. programu) wr.

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: NIE TAK, w dniu: r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE TAK, w dniu: r.

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

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: www.mopr.piekary.pl.
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. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 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 (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <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 pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy) | | | |
| 7. | Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Oferta cenowa dot. sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | 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"/> | |
| 10. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |

Wniosek „O” dot .dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
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. | |
| Weryfikacja formalna wniosku: | | <input type="checkbox"/> pozytywna | <input type="checkbox"/> negatywna |
| 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 programu</i> |
| <i>data, podpis:</i> | <i>data, podpis:</i> | <i>data, podpis:</i> |

Wniosek „O” dot .dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 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 korzystania 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 | | 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 | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| | 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> | |
| 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 C Zadanie 2 zł. | |
| UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ: | |
| | |
|20.....r. data | <i>podpis, pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i> |

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

| | | |
|--|--|--|
| <i>pieczętka imienna pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę</i> | <i>pieczętka imienna kierownika działu</i> | <i>pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i> |
| data, podpis: | data, podpis: | data, podpis: |