

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 C LIKWIDACJA BARIER W PORUSZANIU SIĘ

Zadanie 3 - POMOC W ZAKUPIE PROTEZY KOŃCZYNY, W KTÓREJ ZASTOSOWANO NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA TECHNICZNE

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

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/zonaty

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:

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)

### 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

- NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej  
 obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  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"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <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- <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 - płciowego | <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 |

### 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:  
 .....

<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: .....

### 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
<p>1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu  <b>Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu uzyska 2 pkt</b></p>	<p>.....                  .....                  .....</p>
<p>2) Czy u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność?                  Powyższa informacja musi być potwierdzona w <b>posiadanym orzeczeniu</b> dot. niepełnosprawności.</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 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać)    <input type="checkbox"/> - nie    <input type="checkbox"/> - nie dotyczy                  .....</p>
<p>5) Czy wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (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

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<p><b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b></p> <p><input type="checkbox"/> w zakresie ręki  <input type="checkbox"/> przedramienia  <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym</p>	<p><b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b></p> <p><input type="checkbox"/> na poziomie podudzia  <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym</p>
<p><b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b></p>	

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
ŁĄCZNIE		

## 6. Informacje uzupełniające

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz       inna, jaka: .....

**Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:**  stabilny       niestabilny

**Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:**  
 .....  
 .....

NIE POSIADAM PROTEZY

OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....

**CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:**       NIE       TAK

w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

**Czy u wnioskodawcy pogorszył się stan zdrowia**       TAK       NIE

**Czy wnioskodawca wskutek zdarzeń losowych utracił przedmiot dofinansowania ze środków PFRON albo uległ on zniszczeniu w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.**       TAK       NIE       NIE DOTYCZY

### 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 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 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:       tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:       tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku

- z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
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, 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,
  10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
  11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

#### UWAGI !

1. Samorząd powiatowy może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresu wskazanego w rozdział 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.

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 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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 e do wniosku). W przypadku zaświadczenia lekarskiego złożonego przez wnioskodawcę do wniosku w 2018r., zachowuje swoją ważność do dnia 31 grudnia 2019r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Dowód osobisty do wglądu	<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 (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dwie niezależne oferty dot. zakupu protezy kończyny w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	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"/>	
9.	Oświadczenie wnioskodawcy potwierdzające, że mieszka i utrzymuje się samodzielnie z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji (w przypadku osób prowadzących samodzielne gospodarstwo domowe )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	I Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.				
14.				
15.				
16.				



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

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

Data, 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
<b>1</b>	<b>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</b>	<b>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</b>	<b>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>		<b>10</b>	<b>10</b>	
<b>5</b>	<b>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>		
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania w pierwszej kolejności wynosi: 30 pkt</b>					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../ ...../ 20..... r. (o ile dotyczy)

