

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 5 – POMOC W ZAKUPIE SKUTERA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM LUB OPRZYRZĄDOWANIA ELEKTRYCZNEGO DO WÓZKA ELEKTRYCZNEGO**  
 (adresowana do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności)

**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	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - <b>Realizator programu</b> <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - 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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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
Wnioskodawca porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca 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>	<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

<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: ..... 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: .....

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: .....		

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć:

- a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
- b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
  - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
  - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
  - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować 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 posiadanym orzeczeniu 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 <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy

### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<p><b>Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym:</b></p> <p>Wybrany skuter jest:    trzykołowy <input type="checkbox"/>    czterokołowy <input type="checkbox"/>                         jednoosobowy <input type="checkbox"/>    dwuosobowy <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:</b></p>
<p><b>Dodatkowe wyposażenie:</b></p>

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

## 6. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL ..... ROK NABYCIA: .....
--

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 przez Wnioskodawcę 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.piekary.pl](http://www.mopr.piekary.pl)
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego:  tak  nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 35%** ceny brutto ),
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
9. 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.
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, 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 znacznym 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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające zgodę na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2f do formularza wniosku (o ile dotyczy). W przypadku zaświadczenia złożonego przez wnioskodawcę do wniosku w 2018, zachowuje swą ważność do dnia 31 grudnia 2019r.	<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 studiuje lub uczą się w szkołach ponadgimnazjalnych/ponadpodstawowych/policealnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa dot. zakupu skutera inwalidzkiego lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dokument potwierdzający, iż wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub zdarzeń losowych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	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"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):			
10.				



**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>		10	<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)

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 Modułu I obszaru: ..... zadanie .....	negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu I obszaru: ..... zadanie .....
<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 C Zadanie 5</b> ..... zł.	
<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</b>	
.....20.....r.  data	.....  <i>pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i>

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>
data, podpis:	data, podpis:	data, podpis: