

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:
.....

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK – CZĘŚĆ A (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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar, zadanie przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A - Zadanie nr 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (należy wypełnić wszystkie pola)

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzenia r.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r.

przez Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Rodzaj gospodarstwa domowego Wnioskodawcy:

samodzielne wspólne, liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

Uwaga! Przez samodzielne gospodarstwo domowe należy rozumieć sytuację, gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica nr domu nr m.

Powiat Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica nr domu nr m.

Powiat Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu / fax nr tel. komórkowego:.....

adres e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy lekki stopień 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, jakim:

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym lub elektrycznym:

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

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: ręcznym elektrycznym

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <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
--	--	---

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> osoba głucha	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	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:
---	---

działalność rolnicza miejsce prowadzenia działalności:

udział w Warsztacie Terapii Zajęciowej, adres WTZ:

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia :	<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna
<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y jako osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

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 - dotyczy Modułu I

<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"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY

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: adres strony internetowej

2. PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD:

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych tj. Dz. U. z 2006r. Nr 139, poz.992 z późn. zm. podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi

3. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY (dotyczy Modułu I: Obszar A – Zadanie nr 2, Obszar B – Zadanie nr 2, Obszar C – Zadanie nr 2 i nr 4, Obszar D), na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania*)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Beneficjent (imię i nazwisko osoby, na rzecz której były przyznane środki PFRON)	Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia umowy	Wysokość dofinansowania (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

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! W pilotażowym programie „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu. Za „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty upłynął.

5. 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** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 9. 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 oraz – jeśli dotyczy – należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy).</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>6) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>7) 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 lub bezpośrednio w PFRON)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>8) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> -tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>9) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C, Zadanie nr 1)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>10) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana dzielnica, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (informacje należy udokumentować)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>jakie:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>12) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) – w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracownika/ów obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

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	Zgłoszony we wniosku 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 udziału 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 i załączniki zawierają wymagane podpisy	<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 kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej/...../ 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej/...../ 20..... r. (o ile dotyczy)

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:- dotyczy Modułu I

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Przyznana liczba punktów
1. Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności wnioskodawcy/podopiecznego:				
a)	stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka), osoba do 16 r. życia	5	15
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2	
b)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub osoba niewidoma lub osoba głucha		5	
	osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych, osoby niedowidzące		3	
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoby głuchonieme lub osoby głuchoniewidome		3	
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2	
2. Aktualnie realizowany etap kształcenia wnioskodawcy/podopiecznego:				
a)	osoba rozpoczynająca i kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		20	40
b)	osoba rozpoczynająca i kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej		30	
c)	osoba rozpoczynająca i kontynuująca studia		40	
d)	osoba realizująca obowiązek szkolny i wykazująca osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)		15	
3. Aktywność zawodowa wnioskodawcy/podopiecznego:				
a)	osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo, która jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo, która w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)		10	18
b)	osoba zatrudniona		8	
c)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu		5	
4. Inne kryteria dotyczące wnioskodawcy/podopiecznego:				
a)	w budynku, w którym mieszka osoba nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) – dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2		2	27
b)	osoba nie otrzymała dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (pkt. 5.7 wniosku)		1	
c)	osoba nie uzyskała żadnej pomocy ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (pkt. 4 wniosku)		1	
d)	wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko / podopiecznego i ma dziecko / podopiecznego na swoim utrzymaniu		1	
e)	osoba prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe		1	
f)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	1	
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	3	
g)	przedmiotem planowanego zakupu jest wózek typu skuter – dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie 1		-5	
h)	uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz – jeśli dotyczy – uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu. (pkt. 5.1, 5.2 wniosku)		0-6	
i)	uzasadnienie wskazujące czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (pkt. 5.3 wniosku)		10	
j)	szczególne utrudnienia wnioskodawcy (pkt. 5.10 wniosku)		0-2	
k)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		1	
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-4)			Maksymalnie 100	

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
..... Data, pieczętka imienna i podpis pracownika/ów dokonującego oceny merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Data i czytelny podpis eksperta

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: Obszaru: Zadania:
negatywna: <input type="checkbox"/>	w ramach Modułu: Obszaru: Zadania:

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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,
- zrzeczenia się z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D
..... zł	..... zł	..... zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I Obszar A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	..... zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I Obszar C – Zadanie nr 3 lub nr 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

...../...../20..... r.	.....
data	podpis osoby podejmującej decyzję

*- należy zaznaczyć właściwe