

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

Nr sprawy:  
.....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK – 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar i zadanie przez zakreślenie pola )

**Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**

**Obszar A – Zadanie nr 1**

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

**Obszar B – Zadanie nr 1**

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

**Obszar B – Zadanie nr 2**

dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

**Obszar C – Zadanie nr 1**

pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

**Obszar C – Zadanie nr 2**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

**Obszar C – Zadanie nr 3**

pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

**Obszar C – Zadanie nr 4**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

### 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY I DZIECKU/PODOPIECZNYM (należy wypełnić wszystkie pola)

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka  opiekun prawny\* dziecka / podopiecznego \* \*

Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu .....r. przez.....

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

\* Opiekun prawny - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... r. sygnatura akt .....

\* \* niepotrzebne skreślić

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica ..... nr domu ..... nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

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  - PFRON  - PCPR  - inne, jakie:

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**

**DANE PERSONALNE**

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia: .....r.

PESEL

Pełnoletni:  tak  nie

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....nr domu ..... nr m. ....

Powiat ..... Województwo .....

Numer telefonu / faxu .....

**Rodzaj gospodarstwa domowego podopiecznego 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.

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

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 o niepełnosprawności osób do 16 roku życia:  tak  nie

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

**NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:**  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym, jakim: .....

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

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

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

**NARZĄD WZROKU 04-O**

osoba niewidoma

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):**

01-**U** upośledzenie umysłowe

03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

osoba głuchoniema

osoba głucha

07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia

09-**M** choroby układu moczowo - płciowego

11-**I** inne

02-**P** choroby psychiczne

06-**E** epilepsja

08-**T** choroby układu pokarmowego

10-**N** choroby neurologiczne

12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

**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, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA PODOPIECZNY**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....  
Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: ..... adres strony internetowej .....

Nauka prowadzi do:  zdania matury  uzyskania średniego wykształcenia  uzyskania zawodu

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej: .....  
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. konkursy albo olimpiady szkolne, wyróżnienia, wolontariat) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku): .....

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

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

<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	miejsce prowadzenia działalności: .....
<input type="checkbox"/> 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

## 2. PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych t.j. 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 B – Zadanie nr 2, Obszar C – Zadanie nr 2 i nr 4), 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 .....

## 4. INFORMACJE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA PRZEZ PODOPIECZNEGO ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub PCPR?

tak  nie

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 podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak  nie

Czy podopieczny 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 podopiecznego 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
<b>1) Uzasadnienie wniosku</b> wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz - jeśli dotyczy – należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu.	..... ..... .....
<b>2) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne</b> udzielenie podopiecznemu 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 podopiecznego).	..... ..... .....
<b>3) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania</b> – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia podopiecznego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy jeśli tak, w jaki sposób: ..... .....
<b>4) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi podopiecznemu Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<b>5) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi podopiecznemu Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
<b>6) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (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"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
<b>7) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny Wnioskodawcy pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania</b> (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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<b>8) Czy w gospodarstwie domowym podopiecznego Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> -tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> nie
<b>9) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?</b> (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C, Zadanie nr 1)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
<b>10) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b> np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana dzielnica, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (informacje należy udokumentować)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie jakie:..... .....
<b>11) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy

## 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 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 i podopieczny Wnioskodawcy 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 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:**

**pozytywna**

**negatywna**

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak  - nie

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....

- tak  - 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	
<b>1. Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności wnioskodawcy / podopiecznego:</b>				
a)	stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka), osoby do 16 r. życia	5	<b>15</b>
		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 <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2	
<b>2. Aktualnie realizowany etap kształcenia wnioskodawcy / podopiecznego:</b>				
a)	osoba rozpoczynająca i kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		20	<b>40</b>
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	
<b>3. Aktywność zawodowa wnioskodawcy / podopiecznego:</b>				
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	<b>18</b>
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	
<b>4. Inne kryteria dotyczące wnioskodawcy / podopiecznego:</b>				
a)	w budynku, w którym mieszka osoba nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) – <b>dotyczy wyłącznie Obszaru Zadanie nr 1 i 2</b>		2	<b>27</b>
b)	osoba <b>nie otrzymała</b> dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem ( pkt. 5.7 wniosku)		1	
c)	osoba <b>nie uzyskała żadnej pomocy</b> 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 <b>samodzielne gospodarstwo domowe</b>		1	
f)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym <b>(jeden przypadek do wyboru)</b>	– w przypadku jednej osoby	1	
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	3	
g)	przedmiotem planowanego jest wózek <b>typu skuter</b> – <b>dotyczy wyłącznie Obszaru C zadanie 1</b>		-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)	<b>szczególne utrudnienia Wnioskodawcy</b> (pkt 5.10 wniosku)		0-2	
k)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia		1	
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-4)</b>		<b>Maksymalnie 100</b>		

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

<b>OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU</b>		
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)
<p style="text-align: center;">Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń</p> <p style="text-align: center;">pozytywna: <input type="checkbox"/>                      negatywna: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">..... data i czytelny podpis eksperta</p>	<p style="text-align: center;">.....</p>	<p style="text-align: center;">.....</p>
<p>..... Pieczątką imienną, data, podpis pracownika/ów dokonującego oceny merytorycznej wniosku</p>		

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:...../...../20.....r.

<b>DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON</b>
<p>pozytywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu: ..... Obszaru: ..... Zadania: .....</p> <p>negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu: ..... Obszaru: ..... Zadania: .....</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 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 1	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie 2
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie 2	
..... zł	..... zł	
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie 3	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie 4	
..... 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:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>...../...../20..... r.</p> <p>data</p>	<p>.....</p> <p>podpis osoby podejmującej decyzję</p>
---	---

\*- należy zaznaczyć właściwe