

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

Nr sprawy:

*Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

MODUŁ I OBSZAR A – ZADANIE 1

POMOC W ZAKUPIE I MONTAŻU OPRZYRZĄDOWANIA DO POSIADANEGO SAMOCHODU

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 przez zakreślenie pola )

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY | | |
| rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego  Imię...................................................Nazwisko............................................................. Data urodzenia .......................r.   Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu...........................r. przez........................................  Ważny do ………………………………………………………………………….r.    PESEL Płeć: kobieta   mężczyzna    Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty | | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały  Kod pocztowy - ..........................................  (poczta)  Miejscowość .....................................................................  ulica .................................................................................  Nr domu ........... Nr lok. ......... Powiat ....................................  Województwo ...................................................................  miasto wieś | | ADRES ZAMELDOWANIA  (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)  Kod pocztowy - ......................  (poczta)  Miejscowość ..........................................................  ulica ........................................................................  Nr domu ............................ Nr lok. ......................  Województwo ...................................................... |
| Kontakt telefoniczny: nr kier. ..........nr telefonu ............................./nr tel. komórkowego:......................................  email (*o ile dotyczy*): ............................................................................................................................................ | | |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania) | | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - 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.pcprgrudziadz.pl**

**STRONA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” | | | | | | | | | | | | |
| DANE PERSONALNE  Imię ....................................................................  Nazwisko ............................................................  Data urodzenia:................................................. r.  PESEL  Pełnoletni: tak   nie  Płeć: kobieta   mężczyzna | | | | | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** **(ADRES)** (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)  Kod pocztowy - ............................................  (poczta)  Miejscowość .................................................................  Ulica ............................................................................  Nr domu ........................... Nr lok. ................................  Powiat ..........................................................................  Województwo ...............................................................  miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś | | | | | | | |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub  całkowita 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| **Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Podopieczny porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniema** | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji …………….)  Zwężenie pola widzenia: …………stopni | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (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 głucha  Ubytek słuchu …………………….(dB) | | | **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 | |

**STRONA 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI | | | | | | |
| ŻŁOBEK | | PRZEDSZKOLE | | | SZKOŁA PODSTAWOWA | |
| GIMNAZJUM | | TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | | | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | | LICEUM | | | TECHNIKUM | |
| SZKOŁA POLICEALNA | | KOLEGIUM | | | STUDIA | |
| INNA, jaka .................................................................................................. | | | | | nie dotyczy | |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI** **Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................  **Miejscowość** ........................................................... **ulica**……………………………Nr domu …..................  **Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ...................................................................................... | | | | | | |
| ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** **nie** | | | | internat: **tak** **nie** | | |
| Nauka prowadzi do: zdania maturyuzyskania średniego wykształceniauzyskania zawodu | | | | | | |
| **Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?** | | | | | | **tak** **nie** |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (*o ile dotyczy*) | | | | | | |
| **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** | | | | | | | |
| **zatrudniona/y:**  **od dnia:**..................................... **do dnia:** ...........................................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ...................................** | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................................  ....................................................................................................  .................................................................................................... | | | |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę**  **umowa cywilnoprawna**  **staż zawodowy** | | | **Adres miejsca pracy**: ................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  .....................................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** ........................................ | | | |
| **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ...................................... | **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**..........................., **dokonanego w urzędzie:** ............................................................................................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:...........................................................................................** | | | | | |
| **działalność rolnicza** | **Miejsce prowadzenia działalności**: ................................................................................... | | | | | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... ..............................................................................................................................................................................................  Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**STRONA 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON  (w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie) w tym poprzez PCPR, MOPR lub oddział PFRON?** | | | | | | tak nie | |
| Cel  (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana  (w zł) | | Kwota rozliczona  przez organ udzielający pomocy  (w zł) |
| ........................................................................................................................... | ................................................................................. | ................................................................................. | ................................................................................. | ........................................................................... | ........................................................................... | | ........................................................................... |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | | | |  | |  |

. 

**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. 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 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.**

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1) Czy niepełnosprawność Podopiecznego jest sprzężona  (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)  Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. | - tak - nie  ................................................................................................................ |
| 2) Czy w gospodarstwie domowym Podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?  jeżeli tak, dołączyć stosowne orzeczenia. | - tak (1 osoba)    - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| **3)**  **Czy** **Podopieczny jest osobą aktywną zawodowo \* i jednocześnie podnoszącą swoje kwalifikacje** zawodowe ( np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo jednocześnie działała **na rzecz osób niepełnosprawnych**\*\*, albo aktywnie poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia ( np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) \*\*\*  \* przez aktywność zawodową rozumie się zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub rejestrację urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, w przypadku rejestracji w urzędzie pracy należy przedłożyć stosowne zaświadczenie.  \*\* w przypadku podnoszenia przez osobę niepełnoprawną kwalifikacji, działania na rzecz osób niepełnosprawnych należy przedłożyć odpowiednie zaświadczenie.  \*\*\* w przypadku aktywnego poszukiwania pracy, przygotowań do podjęcia pracy lub dalszego kształcenia należy na odrębnym załączniku opisać na czym polegają te działania. | - tak - nie  Działania mające na celu podniesienie kwalifikacji (jakie?)….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Działania na rzecz osób niepełnosprawnych (na czym polegają?)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………….. |

**STRONA 5**

**4. Uzasadnienie wniosku** (proszę uzasadnić wniosek wskazując na związek udzielenia dofinansowania z realizacją celów programu**\***)……………………………………………………………………………........................................ ………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………**\* Cel główny programu:** Wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie |  |
| □ | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła |  |
| □ | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia |  |
| □ | specjalne siedzenia |  |
| □ | elektroniczna obręcz przyspieszenia |  |
| □ | ręczny gaz – hamulec |  |
| □ | przedłużenie pedałów |  |
| □ | sterowanie elektroniczne |  |
| □ | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego |  |
| □ | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników |  |
| □ | system wspomagania parkowania |  |
| □ | inne, jakie: |  |
|  | RAZEM |  |

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
|  |  |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:...................................rok produkcji .............., nr rejestracyjny ..................................... Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| Użytkuję samochód marki ..................................... rok produkcji ........... nr rejestracyjny ..........................  na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).  Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa)...............................jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:........................... rok produkcji .........., nr rejestracyjny ................ |
| NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: ............................................................................................................................. |
| **CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:**   **NIE TAK** w ............ roku w ramach ..............................................................................................a także w .................... roku w ramach ........................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. 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,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)

**STRONA 6**

1. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: www.powiatgrudziadzki.pl
2. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: □ **tak** - □ **nie**,
3. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** **15 % ceny brutto**),
4. 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,
5. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/amstroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ **tak** - □ **nie**,
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, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

|  |
| --- |
| ...................................... dnia ..... /....... /20........ r. ............................ podpis wnioskodawcy |

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(załącznik nr 2 do formularza wniosku)-* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(załącznik nr 1 do formularza wniosku)* |  |  |  |
|  | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |  |  |  |
|  | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |  |  |  |
|  | Zaświadczenie lekarskie *(załącznik nr 3 do formularza wniosku)* |  |  |  |
|  | Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego z związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej, lub potwierdzenie innego zdarzenia losowego, skutkującego stratami materialnymi wystawione przez właściwą jednostkę (np. pomoc społeczną, straż pożarną, policję). |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |

**STRONA 7**

**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, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników 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 (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego | - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | - tak - 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 | |

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

***pieczątka 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 dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

**STRONA 8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU | | | | | | | | |
|  | | **KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała** | | | **Liczba punktów** | **Maksymalna liczba punktów** | **Punktacja  nr 1 wniosku** | **Punktacja  nr 2 wniosku** |
| **1** | | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:** | | | | | | |
| a) | | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim | | | 10 |  |  |  |
| b) | | występuje niepełnosprawność **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | | | 10 | **20** |  |  |
| **2** | | **Aktywność zawodowa:** | | | | | | |
| a) | | osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe ( np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo osoba, która jednocześnie działa na rzecz 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) | | | 5 | **65** |  |  |
| b) | | osoba zatrudniona | | | 60 |  |  |  |
| **3** | | **Posiadane wykształcenie:** | | | | | | |
| a) | | Wyższe | | | 10 |  |  |  |
| b) | | Średnie/ponadgimnazjalne | | | 5 | **10** |  |  |
| **4** | | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | | | |
| a) | | osoba studiuje na wyższej uczelni | | | 10 | **10** |  |  |
| b) | | osoba uczy się w szkole ponadgimnazjalnej | | | 5 |  |  |
| **5** | | **Inne kryteria:** | | | | | | |
| a) | | Wnioskodawca prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** | | | 5 |  |  |  |
| b) | | dodatkowe osoby **niepełnosprawne**  w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | – w przypadku jednej dodatkowej osoby niepełnosprawnej | | 10 | **15** |  |  |
|  | | ***(jeden przypadek do wyboru*)** | – w przypadku więcej niż jedna dodatkowa osoba niepełnosprawna | | 15 |  |  |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | | | | **Maksymalnie** | | **120** | .................... | |
| **Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50** | | | | | | | | |

**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** |
| Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | ........... | .............. | **pozytywna**: **negatywna**:  **data i czytelny podpis eksperta** |

STRONA 9

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**: **w ramach obszaru:........ negatywna**: **w ramach obszaru:..........** | | |
| 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. | | |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w** **zł):** | | |
| Obszar A – zadanie I | Obszar B – zadanie I | Obszar B zadanie II |
|  |  |  |
| Obszar C - zadanie I | Obszar – C zadanie II | |
|  |  |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | | |
| ...................20...... r. ............................ ...........................  data podpisy osób podejmujących decyzję | | |

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

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*