

Nr sprawy:

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

 *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”

Moduł I Obszar A – Zadanie 2

Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

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 – należy wypełnić wszystkie pola

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia ..............................r. Dowód osobisty seria ........................ numer ............................... wydany w dniu.........................................................r.  przez................................................................................................................................ Płeć: kobieta   mężczyznaważny do………………………………………………………………………….r.  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne |
| **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 lokalu ................................Powiat .....................................................................Województwo ........................................................ |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):  | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu................... nr tel. komórkowego:..........................................................e’mail (*o ile dotyczy*): ......................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie: |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
| 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .............................................. bezterminowo |

#### **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**

|  |
| --- |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
|  **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  |  **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej |
|  **obu** kończyn dolnych |  **jednej** kończyny dolnej | innym |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma**  | **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 głuchaUbytek 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 |
|  | **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA**  |
|  **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** |
|  **zatrudniona/y: od dnia:**................... **do dnia:** ........................ **na czas nieokreślony inny, jaki: ............................** | **Nazwa pracodawcy**: .........................................................................................................................................................................................................................................................................**Adres miejsca pracy**: ................................................................ |
|  **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę** **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** **umowa cywilnoprawna** **staż zawodowy** | ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................**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**: ................................................................................... |

|  |
| --- |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE  |
| podstawowe  | gimnazjalne  | zawodowe  |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie:  |  |

**STRONA 3**

|  |
| --- |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ  |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA  | LICEUM  | TECHNIKUM  |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM  | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA     PODYPLOMOWE | STUDIA     DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE  |  **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:** .....................................................................................  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca korzystał środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek), w tym przyznanych 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**: |  |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknieJeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... ...Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” rozumie się: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 z terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,- wynikające z decyzji nieostatecznych , którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.  |

**STRONA 4**

**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 Wnioskodawcy 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 Wnioskodawcy 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** **Wnioskodawca 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 - nieDziałania mające na celu podniesienie kwalifikacji (jakie?)….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Działania na rzecz osób niepełnosprawnych (na czym polegają?)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………..  |

**4.Uzasadnienie wniosku** ( proszęuzasadnić wniosek wskazując na związek udzielenia dofinansowania z realizacja celów programu)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

**STRONA 5**

**5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania**

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

|  |
| --- |
| **Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy**: Planowany termin kursu: ....................................................., nazwa i adres ośrodka:.............................................................................................................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………... Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: NIE TAK   Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu: ................................................................................  Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, *np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów    dojazdu:    cennik PKP - pociąg osobowy   kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:*    ..................................................................................   .........................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Koszty uzyskania prawa jazdy:** | **Orientacyjna całkowita cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| Koszt kursu i egzaminów |  |  |
| ***oraz o ile dotyczy*** *(tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)* |
| Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu  |  |  |
| Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu |  |  |
| **Razem** |  |  |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| **CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY**NIETAK w ............................. roku w ramach ....................................................................................................a także w ....................................... roku w ramach ........................................................................................................... |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)* |
| *Nr rachunku bankowego: ……………………………………………………………………………………………………**Nazwa banku: ………………………………………………………………………………………………………………..* |

**STRONA 6**

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),
3. 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.pcprgrudziadz.pl.
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel pomocy ( przedmiot dofinansowania określony ogólnie w Zadaniu w danym Obszarze Programu) : □ **tak** - □ **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego przedmiotu
(w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej )**co najmniej** **25 % ceny brutto**,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/amstroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ **tak** - □ **nie**,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, 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** |

**8. 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 ( oryginał do wglądu) |   |   |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(załącznik nr 1 do wniosku)* |   |   |  |
|  | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(załącznik nr 2) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu  |   |   |  |
| 4. | Zaświadczenie lekarskie ( zał. nr 3 do wniosku) |   |   |  |
| 5. | Zaświadczenie pracodawcy potwierdzające zatrudnienie Wnioskodawcy – jeżeli dotyczy |   |   |  |
| 6. | Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę – jeżeli dotyczy |   |   |  |
| 7. | Zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej albo poszukującej pracy – jeżeli dotyczy  |   |   |  |
| 8. | 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). |   |   |  |
| 9. | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |

**STRONA 7**

**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 ani nie byłem (am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne, 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 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 i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - 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 pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

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

 *data, podpis:*

 **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** |  |

**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 ani nie byłem (am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne, 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. |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
|  Obszar A – zadanie I |  Obszar A – zadanie II  |  Obszar B – zadanie I |
|  |  |  |
|  Obszar B zadanie II  |  Obszar C - zadanie I |  Obszar – C zadanie II |
|  Obszar C - zadanie III |  Obszar C - zadanie IV |  |
|  Obszar D |
|  |
|  **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

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

 *data, podpis:*

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

 *data, podpis:*