

###### 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 B – Zadanie 1

POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA

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 NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIPODOPIECZNEGO | | | | | | | | | | | | |
| 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 niepozostająca 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 - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania: | **Orientacyjna cena /kwota wnioskowana *(kwota brutto w zł)*** |
| Sprzęt elektroniczny: | Orientacyjna cena sprzętu:  ……………………………………….  Kwota wnioskowana:  ……………………………………… |
| Elementy sprzętu elektronicznego: | Orientacyjna cena sprzętu:  ……………………………………….  Kwota wnioskowana:  ……………………………………… |
| Oprogramowanie: | Orientacyjne cena oprogramowania:  ……………………………………….  Kwota wnioskowana:  ……………………………………… |

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Orientacyjna cena brutto  (suma z pkt 5) | Kwota wnioskowana | Deklarowana kwota udziału własnego  (minimum 10% ceny brutto) |
|  |  |  |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: ...............................    ......................................................................................................................................................................................  NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO     Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursy komputerowe: ........................................................     ..................................................................................................................................................................... |
| **CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO  i OPROGRAMOWANIA:**  **NIE TAK** w ............ roku w ramach .................................................................... a także w .................... roku w ramach ........................................................................................................... |

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.powiatgrudziadzki.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania: □ **tak** - □ **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** **10 % 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(am)stroną 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** |

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 stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |  |  |  |
|  | 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 do wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | 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 3a do wniosku) – jeżeli dotyczy |  |  |  |
|  | Zaświadczenie lekarskie ( załącznik nr 3b do wniosku) – jeżeli dotyczy |  |  |  |
|  | Zaświadczenie lekarskie ( załącznik nr 3c do wniosku) – jeżeli dotyczy |  |  |  |
|  | Zaświadczenie o pobieraniu przez podopiecznego nauki w szkole ponadgimnazjalnej – jeżeli dotyczy |  |  |  |

**STRONA 7**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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): |  |  |  |

**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):** |
| **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:*