

###### 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:** taknieJeżeli 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 - nieDziałania 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:*