



DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”				
<b>DANE PERSONALNE</b> Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia: ..... r. PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś		
<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>				
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia				
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo				
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:		<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych		<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym	
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O		<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji): ..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji): ..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma				
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma				
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprkolno.pl](http://www.pcprkolno.pl)

### OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

### NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

.....

.....

.....

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:.....  
posiadający status  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy

nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... Nazwa pracodawcy: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Adres miejsca pracy: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę (okres nie krótszy niż trzy miesiące) .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej (zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy/okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)

staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)

działalność gospodarcza  na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

(w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej)  inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

Nr NIP: .....



### 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. W miarę możliwości wykazania, 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 nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenie dofinansowania z możliwością realizacji celów programu.	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5. Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? <i>(Działania z okresu trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku)</i>	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): ..... ..... .....
6. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie?) np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt.) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....

### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	

Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

## 6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE     TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.

---

Wnioskodawca/podopieczny\* używa wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE     TAK (model, rok produkcji):

---

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:  NIE     TAK, w dniu: ..... r.

---

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE     TAK, w dniu:.....r.

---

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):**

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE     TAK, w dniu: ..... r.

\*- należy zaznaczyć właściwe

<p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</p>
<p>numer rachunku bankowego .....</p> <p>nazwa banku .....</p>

### Oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel w roku bieżącym za pośrednictwem innego Realizatora.
2. 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.
3. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcprkolno.pl](http://www.pcprkolno.pl).

4. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
5. W ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie.
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.
7. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
8. Nie naruszyłem(am) warunków umowy dofinansowania ze środków PFRON (m.in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy), a w przypadku naruszenia doprowadziłem do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

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

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dodłączono 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**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,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów 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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ..... / ..... / 20.... r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**       **pozytywna**       **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka 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)**

<b>Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie</b>	
---	--



**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: .....**

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku	
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	20	<b>30</b>		
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	10			
		lekki	5			
		niepełnosprawność do 16 roku życia	15			
b)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	10				
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy	15	<b>30</b>			
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	10				
c)	Wiek aktywności zawodowej	5				
<b>3</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	osoby studiujące (edukacja na poziomie wyższym)	<b>10</b>	<b>10</b>			
b)	osoby uczące się (poza edukacją na poziomie wyższym)	<b>5</b>				
<b>4</b>	<b>Inne kryteria</b>					
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	10	<b>40</b>			
b)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby		5		
		– w przypadku więcej niż jedna osoba		10		
c)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.6 wniosku)	5				
d)	Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenie dofinansowania z możliwością realizacji celów programu.	<b>10</b>				
e)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia	5				
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)</b>			<b>maksymalnie 110</b>			
<b>5</b>	<b>Dodatkowe punkty wynikające z preferencji PFRON w 2018 r.</b>					
a)	Wniosek dotyczy osoby zatrudnionej	70	<b>90</b>			
b)	Wniosek dotyczy osoby poszkodowanej w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2017 lub w 2018 r.	20				
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b>						

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
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku .....	.....	.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>  data i czytelny podpis eksperta

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

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna:  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

### Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

### PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1</b>
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2</b>
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Moduł I Obszar D</b>
..... zł	..... zł	..... zł

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	..... zł

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	..... zł

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł	..... 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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: