

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 – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niewidoma

osoba 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 GŁUCHA

07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia

09-**M** choroby układu moczowo - pęcherzowego

11-**I** inne

02-**P** choroby psychiczne

06-**E** epilepsja

08-**T** choroby układu pokarmowego

10-**N** choroby neurologiczne

12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

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: <input type="checkbox"/> - (od 1 do 6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej:.....		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... posiadający status <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		
<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej (zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy/okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)		
<input type="checkbox"/> staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej)		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników)		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
Nr NIP:		
Miejsce prowadzenia działalności:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

<p>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)?</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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></p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>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.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1

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

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

<p><input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny</p> <p><input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu</p>
<p><input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).</p>
<p><input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny</p>

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:

.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

NIE **TAK** w roku w ramach

.....

a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel w roku 2018 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 przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprkolno.pl.
4. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie.
5. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 15% ceny brutto).
6. 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.
7. W ciągu ostatnich 3 lat **byłam(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.
10. Nie naruszyłam(am) warunków umowy dofinansowania ze środków PFRON (m.in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy), a w przypadku naruszenia doprowadziłam 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 (wiersze 6 - 12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym 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"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (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"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	W przypadkach tego wymagających: zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia (niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):			
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<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)

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

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) stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	20	30		
	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	10			
	lekki	5			
	niepełnosprawność do 16 roku życia	15			
b) występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		10			
2 Aktywność zawodowa:					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy	15	30		
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	10			
c)	Wiek aktywności zawodowej	5			
3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a)	osoby studiujące (edukacja na poziomie wyższym)	10	10		
b)	osoby uczące się (poza edukacją na poziomie wyższym)	5			
4 Inne kryteria					
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	10	40		
b) dodatkowe osoby niepełnosprawne 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.	10			
e)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)			maksymalnie 110		
5 Dodatkowe punkty wynikające z preferencji PFRON w 2018 r.					
a)	Wniosek dotyczy osoby zatrudnionej	70	90		
b)	Wniosek dotyczy osoby poszkodowanej w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2017 lub w 2018 r.	20			
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:					

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