aktywny samorząd

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sępólnie Krajeńskim z siedzibą w Więcborku PCPR POWIAT SĘPOLEŃSKI

*program finansowany ze środków PFRON* *Realizator Programu* *Jednostka Organizacyjna Realizatora Programu*

# WNIOSEK „P" - *wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu*

## o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

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 ☐)*

| ☐ **Moduł I** | | ☐ **Moduł II** |
|---|---|---|
| ☐ **Obszar A – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar A – Zadanie nr 2** | pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B | |
| ☐ **Obszar B – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar B – Zadanie nr 2** | |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | |
| ☐ **Obszar C – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar C – Zadanie nr 2** | |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | |
| ☐ **Obszar C – Zadanie nr 3** | ☐ **Obszar C – Zadanie nr 4** | |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| ☐ **Obszar D –** pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej | | |

## 1. Informacje Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

### DANE PERSONALNE

**Imię** ..... **Nazwisko** ..... Data urodzenia .....r.

**Dowód osobisty** seria ..... numer ..... wydany w dniu .....r.

przez..... data ważności .....r. **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

**PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Stan cywilny**: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

**Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy**: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały | **ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**) |
|---|---|
| Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta) | Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta) |
| Miejscowość ..... | Miejscowość ..... |
| Ulica ..... | Ulica ..... |
| Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat ..... | Nr domu ..... nr lokalu ..... |
| Województwo ..... | Powiat ..... |
| ☐ wieś ☐ miasto | Województwo ..... |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**): | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ..... nr telefonu ..... nr tel. komórkowego: ..... e'mail (*o ile dotyczy*): ..... |

| | |
|---|---|
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | ☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - PCPR ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie: |

**Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: *www.pfron.org.pl* oraz *www.bip.pcprwiecbork.pl***

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|---|---|---|
| ☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | ☐ znaczny stopień | ☐ I grupa inwalidzka |
| ☐ całkowita niezdolność do pracy | ☐ umiarkowany stopień | ☐ II grupa inwalidzka |
| ☐ częściowa niezdolność do pracy | ☐ lekki stopień | ☐ III grupa inwalidzka |

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

☐ **obu** kończyn dolnych ☐ **jednej** kończyny dolnej ☐ innym

**Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** ☐

**Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** ☐

**Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** ☐

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**<br>☐ **osoba niewidoma**<br>☐ **osoba głuchoniewidoma** | **Lewe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | **Prawe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji): .....<br>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<br>☐ - **OSOBA GŁUCHA** | ☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia | ☐ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego | ☐ 11-**I** inne |
| ☐ 02-**P** choroby psychiczne | ☐ 06-**E** epilepsja | ☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego | ☐ 10-**N** choroby neurologiczne | ☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:** ..... ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy** ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:** ..... **do dnia:** .....

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

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ umowa cywilnoprawna

☐ staż zawodowy

**Nazwa pracodawcy:** .....

**Adres miejsca pracy:** .....

.....

**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**

| | |
|---|---|
| ☐ **działalność gospodarcza**<br>**Nr NIP:** ..... | ☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr** .....,<br>**dokonanego w urzędzie:** .....<br>☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:** ..... |
| ☐ **działalność rolnicza** | **Miejsce prowadzenia działalności:**<br>..... |

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

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

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

**Nazwa szkoły** ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

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

**Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| | |
|---|---|
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | tak ☐ nie ☐ |

| **Cel** (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON) | **Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | | | | **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | |

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak ☐ nie ☐

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu/PCPR:** tak ☐ nie ☐

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....

.....

**Uwaga!** za „*wymagalne zobowiązanie*" należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

**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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 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. | ☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie<br>☐ - 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)? | ☐ - tak ☐ - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | ☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - 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)? | ☐ - nie ☐- nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>..... |
| 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?<br>(*dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu*) | **Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.**<br>☐ - tak ☐ - nie |
| 7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowościami, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.<br>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | ☐ - tak ☐ - nie<br>.....<br>..... |

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

| | |
|---|---|
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ...../ ...../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:** | ☐ **pozytywna** ☐ **negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: ..... | ☐ - tak ☐ - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | ☐ - tak ☐ - nie |

| *pieczątka imienna pracownika jednostki organizacyjnej Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku* | *pieczątka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu* |
|---|---|
| *data, podpis:* | *data, podpis:* |

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../ ...../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

**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: ..... – dotyczy Modułu I

| | 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) | 10 | 30 | | |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | | | |
| b) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | | 10 | | | |
| | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | | 5 | | | |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome | | 5 | | | |
| d) | występuje niepełnosprawność **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c | | 5 | | | |
| **2** | **Aktywność zawodowa:** | | | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy | | **15** | 25 | | |
| b) | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) | | 10 | | | |
| **3** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | | |
| a) | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | | **70** | 70 | | |
| b) | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie) | | 65 | | | |
| c) | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę) | | 60 | | | |
| d) | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej | | **55** | | | |
| **4** | **Miejsce zamieszkania:** | | | | | |
| a) | wieś | | 5 | 10 | | |
| b) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2** – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) | | 5 | | | |
| **5** | **Inne kryteria:** | | | | | |
| a) | Wnioskodawca **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | 5 | 45 | | |
| d) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ***(jeden przypadek do wyboru)*** | – w przypadku jednej osoby | 5 | | | |
| | | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 10 | | | |
| e) | **szczególne utrudnienia Wnioskodawcy** (pkt 3.7 wniosku) | | 5 | | | |
| f) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia | | **20** | | | |
| g) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1** - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter*** | | - 20 | | | |
| h) | wniosek był **kompletny** w dniu przyjęcia | | 5 | | | |
| | **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | | | **maksymalnie 180** | ..... | ..... |

**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 |
|---|---|---|---|
| **Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku** | ..... | ..... | **pozytywna:** ☐ **negatywna:** ☐<br>**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.

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

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1** | ☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2** | ☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1** |
| ..... zł | ..... zł | ..... zł |
| ☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2** | ☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1** | ☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2** |
| ..... zł | ..... zł | ..... zł |
| ☐ **Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3** | ☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4** | ☐ **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

| | |
|---|---|
| ***pieczątka imienna pracownika jednostki organizacyjnej Realizatora programu przygotowującego umowę*** | ***pieczątka imienna dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*** |
| *data, podpis:* | *data, podpis:* |