aktywny samorząd

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

Realizator Programu

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

Jednostka Organizacyjna Realizatora Programu

WNIOSEK „O" – część A (*wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego*)

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 ☐)

☐ **Obszar A – Zadanie nr 1**	☐ **Obszar B – Zadanie nr 1**
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
☐ **Obszar B – Zadanie nr 2**	☐ **Obszar C – Zadanie nr 1**
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
☐ **Obszar C – Zadanie nr 2**	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	

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 .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

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 lok. .....
Województwo	Województwo .....
☐ miasto ☐ wieś	

Kontakt telefoniczny: nr kier. ..... nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (*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 oraz www.bip.pcprwiecbork.pl

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 ☐ 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 - 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

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: .....

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:** ..... ☐ **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**

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: 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

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:		

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. 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 (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	....
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (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 Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	**Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu *skuter*, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.** ☐ - tak ☐ - nie
6) 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak ☐ - nie ....
7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie

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 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 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 (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	☐ - 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 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

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	**Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:**					
a)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		10	20		
	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			
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą **znaczny** stopień niepełnosprawności		5			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b		5			
2	**Aktualnie realizowany etap kształcenia:**					
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej		**55**	70		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum		50			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej		40			
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a		**70**			
3	**Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:**					
a)	wieś		**25**	30		
b)	**dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2** – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5			
4	**Inne kryteria:**					
a)	osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)		**30**	60		
b)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		1			
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu		1			
d)	dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	– w przypadku jednej osoby	1			
	(jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku więcej niż jedna osoba	5			
e)	szczególne **utrudnienia** Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)		2			
f)	**Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo		**20**			
g)	**dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1** - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter***		- 20			
h)	wniosek był **kompletny** w dniu przyjęcia		1			
II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)			**maksymalnie 180**			

III. 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:** ☐ **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):

☐ **Obszar A – Zadanie nr 1**	☐ **Obszar B – Zadanie nr 1**	☐ **Obszar B – Zadanie nr 2**
..... zł	..... zł	..... zł

☐ **Obszar C – Zadanie nr 1**	☐ **Obszar C – Zadanie nr 2**
..... 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:*