

Data wpływu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „M-I”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar A – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu

Część A

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:		<input type="checkbox"/> w swoim imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic dziecka <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:		<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód osobisty (wypełnić w przypadku braku PESEL)	Seria:	
	Numer:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	
	Data ważności:	
Stan cywilny:		<input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe:		<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne
Nr telefonu:		
Adres e-mail:		
ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY		
Województwo:		
Powiat:		
Ulica:		
Nr domu:		
Nr lokalu:		
Miejscowość:		

Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

Taki sam jak adres zamieszkania

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Pełnoletni:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Dowód osobisty (wypełnić w przypadku braku PESEL)	Seria:	
	Numer:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	
	Data ważności:	

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu 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 , jakim: |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: ręcznym elektrycznym

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: ręcznym elektrycznym

- 04-O – narząd wzroku
- osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy) | <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza
<input type="checkbox"/> zatrudniony |
|--|---|

Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)

Zatrudniony od dnia:

Okres zatrudnienia:

Forma zatrudnienia:

Nazwa pracodawcy:

Adres pracodawcy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy:

- na czas określony, 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

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> przedszkole
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> gimnazjum
<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 doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> inna, jaka: |
|--|---|

NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

Nazwa placówki:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Począta:	
Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:	
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):	

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania	
Razem uzyskane dofinansowanie:						
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:						
<u>Uwaga!</u> Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął						

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

Uwaga! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku.

1. 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, MOPR lub bezpośrednio w PFRON)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)	
3. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego?)	
4. Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy/ dziecka/podopiecznego?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać)
5. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznemu rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od posiadanego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu wejście na rynek pracy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

7. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak , 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak, 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie
8. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	<input type="checkbox"/> tak – 1 osoba <input type="checkbox"/> tak – więcej niż 1 osoba <input type="checkbox"/> nie
9. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	<input type="checkbox"/> tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> nie
10. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11. Czy w roku 2018 lub w 2019 Wnioskodawca/dziecko/podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> tak, jeśli tak, jakiego <input type="checkbox"/> nie

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 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

Planowany (orientacyjny) koszt zakupu/usługi (cena brutto) razem z pkt 4 – w zł	Udział własny (w zł brutto)- stanowiący co najmniej 15% ceny brutto zakupu/usługi	Wysokość kwoty wnioskowanej (w zł brutto)

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Marka:	Rok prod.:	Nr rejestr.:
Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Marka:	Rok prod.:	Nr rejestr.:
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:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień pokrewieństwa:		
Marka:	Rok prod.:	Nr rejestr.:

Posiadam oprzyrządowanie samochodu (jeśli tak, proszę podać jakie):		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W roku:		W ramach:
W roku:		W ramach:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY	
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

OŚWIADCZENIA
<p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> świadoma/ły odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu karnego w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku, 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, www.kwidzyn.epcpr.pl, 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 tj. pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie, nie otrzymałam(em) w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy, 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, w okresie ostatnich 3 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON na ten sam cel, w tym za pośrednictwem innego powiatu: <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie, posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od przyznanej pomocy finansowej co najmniej na poziomie 15% ceny brutto), 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, w ciągu ostatnich 3 lat byłam/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie, w przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON dostarczę w wyznaczonym terminie pisemną informację, przygotowaną zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającą stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu, posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: <input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie, zapoznałam/em się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie – udostępnił: <ul style="list-style-type: none"> - na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie, - na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie http://kwidzyn.epcpr.pl. - w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie.

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.

.....
Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (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) - (oryginał do wglądu)			
2	Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)			
3	W przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2d do wniosku)			
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)			
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym- w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), w imieniu której występuje opiekun prawny			
7	Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 4 do formularza wniosku			
8	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/ dzieckiem/podopiecznym (jeśli dotyczy)			
9	Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie samochodu np. dowodu rejestracyjnego. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie wyłącznie sprzętu/urządzeń mobilnych (niemontowanych na stałe) - np. umowa użytkowania samochodu itp.			
10	W przypadku Wnioskodawców/ podopiecznych, którzy są zatrudnieni- zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie			
11	W przypadku Wnioskodawców/dzieci/podopiecznych, którzy się uczą- zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki			
12	Dowód osobisty do wglądu			
13	Podstawa kalkulacji kosztów, zakupu przedmiotu dofinansowania – oferta cenowa np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa)			
14	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję			
15	Zgoda współwłaściciela pojazdu na wykonanie wnioskowanych prac- montaż stałych elementów w samochodzie			
16	Inne załączniki (należy wymienić)			

Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)		
		Tak	Nie	Uwagi
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zgłoszony we wniosku przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		
Data weryfikacji formalnej wniosku:				
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:.....		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej:	
Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej	

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

<p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, 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, 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, nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności. <p>Zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 			
<i>Data, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:</i>	<i>Data, pieczęćki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie</i>	<i>Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)</i>	<i>Data, pieczęćki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracownika/ów obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)</i>

WERYFIKACJA MERYTORYCZNA WNIOSKU

KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności Wnioskodawcy lub podopiecznego:			
a)	stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności	znaczny lub równoważne, osoby do 16 roku życia	12	28
		umiarkowany lub równoważne	6	
b)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub osoba niewidoma lub osoba głucha		4	
	osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych, osoby niedowidzące, osoby niedosłyszące		3	
c)	osoba poruszająca się na skuterze/ wózku inwalidzkim lub osoby głuchonieme lub osoby głuchoniewidome		10	
d)	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2	
2.	Aktywność zawodowa Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:			
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		40	40
b)	Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu		5	
3.	Aktualnie realizowany etap kształcenia Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:			
a)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca studia		7	7
b)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub ponadpodstawowej		5	
c)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		5	
4.	Inne kryteria dotyczące Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:			
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (pkt. 3.1 wniosku)		3	15
b)	Wnioskodawca nie uzyskał żadnej pomocy ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania w ciągu ostatnich 3 lat (pkt. 2 wniosku)		3	
c)	Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje		2	
d)	Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu (pkt.3.10 wniosku)		2	
e)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby	1	
		- w przypadku więcej niż jedna osoba	2	
f)	uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz – jeśli dotyczy- uzasadnienie wyboru danego sprzętu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu (pkt 3.2, 3.3 wniosku)		2	
g)	uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (pkt. 3.4 wniosku)		2	
h)	szczególne trudnienia Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego (pkt 3.9 wniosku)		1	
5	Osoba poszkodowana w roku 2018 lub w 2019 w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (pkt. 3.11 wniosku)		10	
Razem ocena wniosku:			Maksymalnie 100	

<i>Pieczętka imienna, data, podpis pracownika/ów dokonującego oceny merytorycznej wniosku:</i>	Liczba uzyskanych punktów ogółem:	Proponowana kwota dofinansowania (ustalona na podstawie dotychczas przedłożonych dokumentów):

Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):	
---	--

OPINIA EKSPERTA	
<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<i>Data i czytelny podpis eksperta:</i>

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:	
---	--

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

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.

pozytywna negatywna

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

Obszar A – Zadanie nr 1:

--

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

--

..... Data Podpis osoby podejmującej decyzję
---------------	--