

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 B – Zadanie nr 4

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy

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	Seria:
	Numer:
	Wydany przez:
	Data wydania:
	Data ważności:
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty
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

<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> 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 (o ile dotyczy)	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 dotyczy
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 1 2-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:

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:	
Poczta:	
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 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:Uwaga! 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak – 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak – 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>2. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca/dziecko/podopieczny 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 lub bezpośrednio w PFRON)?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>3. 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak – 1 osoba <input type="checkbox"/> tak – więcej niż 1 osoba <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>4. Czy Wnioskodawca lub podopieczny jest aktywny zawodowo i 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)? Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać).....</p>
<p>5. 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak (proszę opisać)..... <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>6. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>7. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji oraz – jeśli dotyczy – należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu</p>	<p>.....</p>

8. 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)
9. Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego	<input type="checkbox"/> tak, w jaki sposób: <input type="checkbox"/> nie
10. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11. 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
12. 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 B/Zadanie nr 4

proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/oprogramowania:

	Opis	Orientacyjna cena brutto (w zł)
Sprzęt elektroniczny:		
Elementy sprzętu elektronicznego:		
Oprogramowanie:		
	Razem:	

5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

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

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Posiadam/podopieczny posiada* sprzęt komputerowy i oprogramowanie (jeśli tak, proszę podać jaki/jakie):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:**Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania:** tak
 nie

W roku:

W ramach:

W roku:

W ramach:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY/USŁUGODAWCY/SPRZEDAWCY

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**

Oświadczam, że:

- świadoma/y 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 sprzętu komputerowego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) tak - 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: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego w zakupie wnioskowanego przedmiotu dofinansowania, w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10% ceny brutto zakupu/usługi,**
- 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 5 lat byłam/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - 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:
 tak - 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:
- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie,
- na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie
<http://kwidzyn.epcpr.pl>.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	W przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu (ubytek słuchu powyżej 70 decybeli), która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 2f do formularza wniosku) lub odpowiedni dokument potwierdzający ten stan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/dzieckiem/podopiecznym – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku Wnioskodawców/dzieci/podopiecznych, którzy się uczą – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12.	Podstawa kalkulacji kosztów zakupu przedmiotu dofinansowania – oferta cenowa np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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.	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	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:				

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

Oświadczam, że:

- 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.

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.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:

Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej:

WERYFIKACJA MERYTORYCZNA WNIOSKU					
	KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja	
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:				
a)	dziecko po 16 roku życia ze znacznym stopniem niepełnosprawności	5	13		
b)	stopień niepełnosprawności (osoba dorosła) (jeden stopień do wyboru)	znacznym lub równoważnym		5	
		umiarkowany lub równoważny		2	
c)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	5			
d)	osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące	5			
e)	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	3			
f)	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	2			
2.	Aktywność zawodowa i społeczna:				
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	10	13		
b)	osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub jednocześnie działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy lub starająca się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, psychologiem, trenerem)	3			
c)	osoba uczęszczająca do Warsztatów Terapii Zajęciowej, Ośrodka Wsparcia	1			
3.	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoba studiująca (studia I lub II stopnia, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)	45	45		
b)	osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej lub szkole policealnej	10			
c)	osoba realizująca obowiązek szkolny (osoby do 18 roku życia), wykazując osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach lub olimpiadach, wyróżnienia, wolontariat)	1			
d)	osoba realizująca obowiązek szkolny (do 18 roku życia), mając miejsce zamieszkania na terenie obszaru wiejskiego	1			
4.	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca ubiega się o pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (moduł I, obszar C, zadanie 3 programu)	90	108		
b)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5			
c)	Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje	2			
d)	Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu	1			
e)	dotatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	1			
f)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.5 wniosku)	5			
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. 3.7 wniosku)	10			
h)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 2 – w budynku, w którym mieszka wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem inwalidzkim)	1			
i)	wniosek kompletny w dniu przyjęcia	1			

Razem ocena wniosku:

Maksymalnie 179

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

Oświadczam, że:

- 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.

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.

<i>Pieczętka imienna, data, podpis pracownika 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

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

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON **pozytywna** **negatywna****PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

Obszar B – Zadanie nr 4:

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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.

Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):

Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu: