

Wniosek złożono w

w dniu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK – CZĘŚĆ A (wypełnia Wnioskodawca)

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.kwidzyn.epcpr.pl oraz www.pfron.org.pl

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.

Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar C Zadanie nr 1

pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

WNIOSKODAWCA SKŁADA WNIOSEK: w swoim imieniu jako rodzic dziecka
 jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

*DOWÓD OSOBISTY seria numer wydany w dniu r.
przez: ważny do dnia r.

* Wypełnić w przypadku braku PESEL

DANE PERSONALNE PEŁNOMOCNIKA (jeśli dotyczy)

IMIĘ NAZWISKO PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r.
przez ważny do dnia r.

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza
..... dnia nr repertorium

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica nr domu nr m.

Powiat Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość Ulica

nr domu nr m. Powiat

Województwo

ADRES KORESPONDENCYJNY: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

KONTAKT TELEFONICZNY: nr kier.nr telefonu/faxnr tel. komórkowego:.....

adres e-mail (o ile dotyczy):

RODZAJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO WNIOSKODAWCY:

- samodzielne
 wspólne, liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

Uwaga! Przez samodzielne gospodarstwo domowe należy rozumieć sytuację, gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów

WYSOKOŚĆ PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym: zł

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU:

- firma handlowa - media - MOPR - PFRON - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO (jeśli dotyczy)

DANE PERSONALNE

IMIĘ

NAZWISKO

DATA URODZENIA:.....r.

PESEL

***DOWÓD OSOBISTY** seria..... numer
wydany przez
Data wydania r. data ważności r.

**Wypełnić w przypadku braku PESEL*

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulicanr domunr m.

PowiatWojewództwo

Numer telefonu / faxu

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: tak nie

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym, jakim:

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym lub 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

- NARZĄD WZROKU 04-O** osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma

01-U
upośledzenie umysłowe

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 osoba głuchoniema
 osoba głucha

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

09-M choroby układu moczowo - płciowego

11-I inne

<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
--	---	---	---	--

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

zatrudniona/y od dnia:r.

Okres zatrudnienia: na czas określony, do dnia r. na czas nieokreślony inny, jaki:

Forma zatrudnienia: stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna staż zawodowy nie dotyczy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia, nr telefonu:

działalność gospodarcza NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie: nie dotyczy

działalność rolnicza miejsce prowadzenia działalności: nie dotyczy

zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna: od dnia r.

zarejestrowana/y jako osoba poszukująca pracy: od dnia r. nie dotyczy

poprzednie zatrudnienie / działalność gospodarcza / rolnicza, w okresie od dnia r. do dnia r.

niezatrudniona/y: od dnia :r. nie dotyczy

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> żłobek	<input type="checkbox"/> przedszkole	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> gimnazjum
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> technikum
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> inna, jaka:			<input type="checkbox"/> nie dotyczy

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

Nazwa placówki: klasa/rok

Adres placówki: adres http://www:

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: nr telefonu

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ LUB DZIECKO/ PODOPIECZNEGO 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
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem otrzymane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

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

Uwaga! W pilotażowym programie „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu. Za „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone.

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, umieszczonego w tabeli nr 7. W przeciwnym razie informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca/dziecko/podopieczny 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, MOPR lub bezpośrednio w PFRON)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<p>2. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta programu 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> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>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).</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak, w jaki sposób:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>5. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu wejście na rynek pracy?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>7. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności</p>	<p><input type="checkbox"/> tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>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</p>	<p><input type="checkbox"/> tak - 1 osoba</p> <p><input type="checkbox"/> tak - więcej niż jedna osoba</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>9. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana dzielnica, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak, jakie:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>10. Czy Wnioskodawca/podopieczny jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>11. Czy w roku 2018 lub w 2019 Wnioskodawca/dziecko/podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak jeśli tak, jakiego:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I Obszar C Zadanie nr 1

Zadanie nr 1: Proszę wymienić proponowane do dofinansowania: nazwę i model wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (w zł)
<input type="checkbox"/> zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (nazwa, model, dopuszczalne obciążenie wózka):	
<input type="checkbox"/> Inne, dodatkowe wyposażenie	
RAZEM	

5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Obszar C Zadanie nr 1	Planowany (orientacyjny) koszt zakupu/usługi (cena brutto) - razem z pkt 4 - w zł	Udział własny (w zł brutto) stanowiący co najmniej 10% ceny brutto zakupu/usługi	Wysokość kwoty wnioskowanej (w zł brutto)
RAZEM			

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowiących poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego (w odniesieniu do dysfunkcji uniemożliwiających samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się)

2. Ocena zdolności do pracy/ nauki w wyniku wsparcia udzielonego w programie.....

2. Posiadany i wykorzystywany sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny:

3. Czy Wnioskodawca/dziecko/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym*: tak (w roku w ramach:) nie

4. Czy Wnioskodawca/dziecko/podopieczny* posiada wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:
 tak, proszę podać nazwę, model, rok produkcji:) nie

5. Jakie problemy występują z użytkowanym wózkiem inwalidzkim o napędzie elektrycznym (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

6. Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/dziecko/podopieczny* jest dostępny dla osób niepełnosprawnych poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem inwalidzkim o napędzie elektrycznym;): tak nie
Jeśli nie, jakie występują bariery:

-Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/ garażowania wózka: tak nie

7. Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym
 tak nie

8. Wnioskodawca/ podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób
 tak nie

9. Waga wnioskodawcy/dziecko/podopiecznego, który będzie użytkował wózek

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- Świadoma/ły odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa 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 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.kwidzyn.epcpr.pl, a także: www.pfron.org.pl,
- 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 powiatu: tak - nie,
- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- nie otrzymałam/em w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy,
- posiadam środki finansowe przeznaczone na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego przedmiotu dofinansowania, w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10% ceny brutto zakupu/usługi,
- uzyskałam/em w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty niniejszym wnioskiem: tak nie,
- 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,
- 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 ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) 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.

..... dnia/...../20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym 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.	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności zawierające opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2g 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.	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/podopiecznym (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia pełnomocnictwa poświadczzonego 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"/>	

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 przedmiotu dofinansowania - np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	W przypadku osób poszkodowanych 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"/>	

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 oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracownika/ów 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Zgłoszony we wniosku przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	/...../ 20..... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
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	

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

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)

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

 (imię i nazwisko Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego)

KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Przyznana liczba punktów
1. Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności	znaczny, osoby do 16 roku życia	12	28
		umiarkowany	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)	osoby poruszające się na skuterze/wózku inwalidzkim lub osoby głuchonieme lub osoby głuchoniewidome		10	
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2	
2. Aktualnie realizowany etap kształcenia Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		5	7
b)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej		5	
c)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca studia		7	
3. Aktywność zawodowa Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	osoba zatrudniona		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	
4. Inne kryteria dotyczące wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:				
a)	osoba nie otrzymała dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (pkt 3.1 wniosku)		3	15
b)	osoba nie uzyskała żadnej pomocy ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (pkt 2 wniosku)		3	
c)	wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu		2	
d)	osoba prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe		2	
e)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym (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 przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu (pkt 3.2, 3.3 wniosku)		2	
g)	uzasadnienie wskazujące czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (pkt 3.4 wniosku)		2	
h)	szczególnie utrudnienia wnioskodawcy/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 (PKT 1-5)			Maksymalnie 100	

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
..... Data, pieczętka imienna i podpis pracownika/ów dokonyjącego/ych oceny merytorycznej wniosku	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu: Obszaru: Zadania: negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu: Obszaru: Zadania:	
<u>Deklaracja bezstronności</u>	
<u>Oświadczam, że:</u> 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.	
<u>Zobowiązuję się do:</u> - ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, - zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.	
PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):	
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 zł
<u>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</u>	
.....	
...../...../20..... r. data podpis osoby podejmującej decyzję

*- należy zaznaczyć właściwe