

Wniosek złożono w .....

w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

Program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

<input type="checkbox"/> Moduł I			<input type="checkbox"/> Moduł II  pomoc w uzyskaniu  wykształcenia na  poziomie wyższym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b> pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 3</b> pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 4</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu słuchu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 4</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 5</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne dla osób ze stopniem niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne dla osób ze stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 5</b> pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego dla osób ze znacznym stopniem niepeł. z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się	<input type="checkbox"/> <b>Obszar D</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej dla osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem	

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

DANE PERSONALNE	
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia ..... r.	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lok. .... Powiat ..... Województwo ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat ..... Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):  	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. ... ..nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e'mail (o ile dotyczy): .....

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita 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 |

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma           | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma     | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- |   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....  | Nazwa pracodawcy: .....   |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....                            | Adres miejsca pracy: .....  |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |   |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna  |   |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy  |   |

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b> | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... |
| Nr NIP: .....   | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....  |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b> | Miejsce prowadzenia działalności: ..... |
|--|---|

<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"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>

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

[illegible]

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

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

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym** Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	<p><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 5 programu)	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	<p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU STRONA 7****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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę 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 (o ile dotyczy)	<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	Zgodność reprezentacji Wnioskodawcy lub jego podopiecznego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - 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

*pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczęćka imienna Dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20.... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – dotyczy Modułu I

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	stopień niepełnosprawności	znaczny (orzeczenie równoważne)	10	24	
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (orzeczenie równoważne)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych, niewidome lub z dysfunkcją narządu słuchu	5			
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące	2			
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome	5			
d)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	4			
<b>2 Aktywność zawodowa:</b>					
a)	osoba zatrudniona	40	42		
b)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych	2			
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące studia	2	2		
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej	1			
<b>4 Miejsce zamieszkania:</b>					
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców	5	5		
<b>5 Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10	27		
b)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5			
c)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	1			
	(jeden przypadek do wyboru)	2			
d)	Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu	5			
e)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia	5			
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>			<b>maksymalnie 100</b>		
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniający do uzyskania dofinansowania wynosi: 25</b>					

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
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>  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:**

- 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.

**MODUŁ I - PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1
..... zł	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1
..... zł	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar D
..... zł	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2 lub 3**

Koszty kursu i egzaminów:

Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:

..... zł

..... zł

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4**

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:

Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:

..... zł

..... zł

**W przypadku wniosku w ramach Modułu II**

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

..... zł

..... zł

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania.

*pieczęć imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczęć imienna Dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: