

###### DATA WPŁYWU:

Nr sprawy:

PCPR-ON-MSu-4019/AS/I-...…/......./17

 *Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

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

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

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

 (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

|  |  |
| --- | --- |
|  Obszar A – Zadanie nr 1  |  Obszar B – Zadanie nr 1 |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania  |
|  Obszar B – Zadanie nr 2 |  Obszar C – Zadanie nr 1 |
| dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  |
|  Obszar C – Zadanie nr 2 |  Obszar C – Zadanie nr 3 |  Obszar C – Zadanie nr 4 |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

|  |
| --- |
| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY |
|  rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego  Imię...................................................Nazwisko............................................................. Data urodzenia ....................r.  Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu..........................r. ważny do ..........................r.    przez...............................................................................................PESEL    Płeć: kobieta   mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stałymiejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania (art. 25 KC)  Kod pocztowy - ................................................. (poczta) Miejscowość .................................................................................. Ulica .............................................................................................. Nr domu ............. nr lok. ......... Powiat .......................................... Województwo ................................................................................miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś  | ADRES ZAMELDOWANIA(**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)Kod pocztowy - .............................. (poczta)Miejscowość ............................................................ulica ..........................................................................Nr domu ............................ Nr lok. ..........................Województwo ........................................................... |
| Kontakt telefoniczny: nr kier. ..........nr telefonu ............................./nr tel. komórkowego:.....................................................e’mail (*o ile dotyczy*): ......................................................................................................................................................... |
| Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)  |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu |  - firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie: |

 **Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:** [**www.pfron.org.pll**](http://www.pfron.org.pll) **oraz** [**www.pcprwloszczowa.pl**](http://www.pcprwloszczowa.pl)

 **STRONA 2**

|  |
| --- |
| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” |
| DANE PERSONALNE Imię ....................................................................Nazwisko ............................................................Data urodzenia:.................................................r.PESEL Pełnoletni: tak   nie Płeć: kobieta   mężczyzna | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** **(ADRES)**(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)Kod pocztowy - ............................................ (poczta) Miejscowość .................................................................Ulica ............................................................................Nr domu ........................... Nr lok. ................................Powiat ..........................................................................Województwo ............................................................... miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś  |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | znaczny stopień     | I grupa inwalidzka |
| całkowita niezdolność do pracy | umiarkowany stopień  | II grupa inwalidzka |
| częściowa niezdolność do pracy | lekki stopień     | III grupa inwalidzka |
| orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia  |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO |
|  NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:  |  obu kończyn górnych   jednej kończyny górnej |
|  obu kończyn dolnych  |  jednej kończyny dolnej |   innym  |
| **Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Podopieczny porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma**  | **Lewe oko:**Ostrość wzoru (w korekcji):..............................Zwężenie pola widzenia: ....................... stopni | **Prawe oko:**Ostrość wzoru (w korekcji):...................................Zwężenie pola widzenia: ............................ stopni |
|  INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ):  |
|  **01-U** upośledzenie umysłowe |  **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu- **OSOBA GŁUCHA** |  **07-S** choroby układu oddechowego i krążenia |  **09-M** choroby układu moczowo - płciowego |  **11-I** inne  |
|  **02-P** choroby psychiczne |  **06-E** epilepsja |  **08-T** choroby układu pokarmowego |  **10-N** choroby neurologiczne |  **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe |

####

 **STRONA 3**

|  |
| --- |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI  |
|  ŻŁOBEK |  PRZEDSZKOLE |  SZKOŁA PODSTAWOWA |
|  GIMNAZJUM |  TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY |
|  ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA  |  LICEUM |  TECHNIKUM |
|  SZKOŁA POLICEALNA |  KOLEGIUM |  STUDIA   |
|  INNA, jaka .................................................................................................. |  nie dotyczy |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI****Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** .......................**Miejscowość** ........................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ...........................**Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ....................................................................................  |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (*o ile dotyczy*) |
|  **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................  **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** |
|  **zatrudniona/y:****od dnia:**..................................... **do dnia:** ........................................ **na czas nieokreślony inny, jaki:** .................................. | **Nazwa pracodawcy**: ..............................................................................................................................................................................................................................................................**Adres miejsca pracy**: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**  |
|  stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy |
|  **działalność gospodarcza**  **Nr NIP:** ...................................... |  na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr...........................,  dokonanego w urzędzie: ............................................................................................ inna, jaka i na jakiej podstawie:........................................................................................... |
|  **działalność rolnicza** | **Miejsce prowadzenia działalności**: ................................................................................... |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|  |
| --- |
|  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknieJeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

 **STRONA 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek)? | tak nie  |
| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)  | Beneficjent(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy  | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł)  | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |
| ..........................................................................................................................................................................................................................................................…………………………….. | ............................................................................................................................................................................................. | ............................................................................................................................................................................................ | ............................................................................................................................................................................................. | ..................................................................................................................................................................................... | ............................................................................................................................................................................... | .............................................................................................................................................................................. |
|  **Razem uzyskane dofinansowanie**: |  |  |

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

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

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu), ), w szczególności wskazanie, iż wnioskowany przedmiot dofinansowania zlikwiduje bądź zmniejszy bariery ograniczające uczestnictwo Wnioskodawcy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

  | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu. |  - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  |
| 3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające  odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? |  - tak - nie |
| 4) Czy podopieczny Wnioskodawcy 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)? |  - nie - nie dotyczy - tak (proszę opisać):................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| 5) 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. |  - tak - nie.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

 **STRONA 7**

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:**.................................... **– WYPEŁNIA REALIZATOR**

|  |
| --- |
| Deklaracja bezstronności **Oświadczam, że:**1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie  | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)  | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU  |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania |  - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (o ile dotyczy)  |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów  |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ....................../ ......................../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .......................................................................... |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*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** |  |

 **STRONA 8**

|  |
| --- |
| **KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ...................................................... - dotyczy Modułu I** |
| **I.** | **KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała** | **Liczba punktów**  | **Maksymalna liczba punktów** | **Punktacja nr 1 wniosku**  | **Punktacja nr 2 wniosku**  |
| **1** | **Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:**  |
| a) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | 10 | **30** |  |  |
| osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | 5 |  |  |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą **znaczny** stopień niepełnosprawności | 10 |  |  |
| c) | niepełnosprawność podopiecznego jest **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)  | 5 |  |  |
| d) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome | 5 |  |  |
| **2** | **Aktywność zawodowa podopiecznego Wnioskodawcy:** |
| a) | osoba zrejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna albo aktywnie poszukująca pracy | 5 | **100** |  |  |
| b) | osoba zatrudniona (bez względu na formę zatrudnienia) | **100** |  |  |
| **3** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia przez podopiecznego Wnioskodawcy:** |
| a) | podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum  | 5 | **20** |  |  |
| b) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej | 10 |  |  |
| c) | podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 3b  | 20 |  |  |
| **4** | **Miejsce zamieszkania:**  |
| a)  | wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców  | 5 | **5** |  |  |
| **5** | **Inne kryteria:** |
| a) | Wnioskodawca lub jego podopieczny **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | 5 | **35** |  |  |
| b) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | 5 |  |  |
| c) | szczególne **utrudnienia** Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.5 wniosku) | 5 |  |  |
| d) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo – jakość wykonywanej pracy | 20 |  |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 5)** | **maksymalnie 190** |  |  |
| **Minimalny próg punktowy umożliwiający bieżącą realizację wniosku wynosi: 100 pkt** |

**Data przekazania wniosku do opinii eksperta ......../ ........./ 20........r.** (o ile dotyczy)

|  |
| --- |
| OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU  |
| Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | **Liczba punktów ogółem** | **Proponowana kwota dofinansowania***(w złotych)* | **Opinia eksperta** (o ile dotyczy)**wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń** |
| .............. | ..................... | **pozytywna**: **negatywna**:**data i czytelny podpis eksperta** |

 Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ........./........./20....... r.

 **STRONA 9**

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.............................................................................  **negatywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:............................................................................ |
| Deklaracja bezstronności **Oświadczam, że:*** 1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
	2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
	3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
	4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w** **zł):** |
|  Obszar A – Zadanie nr 1  |  Obszar B – Zadanie nr 1 |  Obszar B – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Obszar C – Zadanie nr 1 |  Obszar C – Zadanie nr 2 |  Obszar C – Zadanie nr 3 |  Obszar C – Zadanie nr 4 |
| .......................................... zł | .......................................... zł | ...........................................zł | ...........................................zł |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| ...................20...... r. ........................................................... data podpis osoby podejmującej decyzję  |

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

*pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

*data, podpis:*

*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*