

###### 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 stały miejscowość, 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:** taknie  Jeżeli 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:*