

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy:

PCPR-ON-MSu-4019/AS/I-...../...../18

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P”- część A** (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"/> Obszar A – Zadanie nr 1 lub nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 lub nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 lub nr 3 lub nr 4
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub 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
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar D	
pomoc w zakupie skutera o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

**1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola****DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

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

przez.....Płeć:  kobieta  mężczyznaPESEL Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne**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 korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....  
.....**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  ..... (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr tele.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

**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**

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>	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma (zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma (zaświadczenie lekarskie)
--	---	---

**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 <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> (zaświadczenie lekarskie) <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHONIEMA</b> (zaświadczenie lekarskie)	<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  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
 umowa cywilnoprawna  
 staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

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

Miejsce prowadzenia działalności: .....





## CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: ..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

**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, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęćki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęćki 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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ):	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	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../ ...../ 20..... r.

Weryfikacja formalna wniosku:  pozytywna  negatywnaWniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....  - tak  - nieWniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - niepieczęćka imienna pracownika Realizatora programu  
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęćka imienna kierownika 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</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>				
a)	stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	10	25	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem jednej lub obu kończyn górnych lub z brakiem jednej lub obu kończyn dolnych lub poruszające się wyłącznie na wózku inwalidzkim lub niewidome lub głuchoniewidome		10		
	osoby ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub obu kończyn dolnych lub z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub głuchonieme		5		
d)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		5		
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>				
a)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna albo aktywnie poszukująca pracy		5	40	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na formę zatrudnienia)		40		
<b>3</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia</b>				
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		10	10	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		5		
<b>4</b>	<b>Miejsce zamieszkania:</b>				
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	5	
<b>5</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	20	
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		5		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>			<b>maksymalnie 100</b>		
<b>Minimalny próg punktowy umożliwiający bieżące udzielenie dofinansowania wynosi: 45</b>					

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

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

Pieczęćka 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
	.....	.....	.....

**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.

**Zobowiązuje 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.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

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

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

Koszty kursu i egzaminów kat. B	Koszty kursu i egzaminów poz. kat.	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy	Koszty usług tłumacza migowego
..... zł	..... zł	..... 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

**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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu  
przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki  
organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: