

Nr sprawy:

PCPR-ON-MSu-4019/AS/I-...…/......./18

###### DATA WPŁYWU:

*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 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Moduł I | | |
| Obszar A – Zadanie nr 1 lub nr 4 | Obszar A – Zadanie nr 2 lub nr 3 | 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 |
| Obszar B – Zadanie nr 2 | Obszar B – Zadanie nr 5 | 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 |
| Obszar C – Zadanie nr 2 | Obszar C – Zadanie nr 3 | 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 |
| Obszar C – Zadanie nr 5 | 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 .........................r.  przez...........................................................................................................................Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty  Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne | | |
| **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 lokalu ....................................  Powiat ........................................................................  Województwo .............................................................. |
| Adres korespondencyjny: **(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**  ..............................................................................................................  .............................................................................................................. | | **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: | |

#### **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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | | | | | | | |
| 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 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:** | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O** | | **osoba niewidoma**  ***(zaświadczenie lekarskie)*** | | | | | | | **osoba głuchoniewidoma**  ***(zaświadczenie lekarskie)*** | | |
| **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**  ***(zaświadczenie lekarskie)***  **- OSOBA GŁUCHONIEMA**  ***(zaświadczenie lekarskie)*** | | | | **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 |
| AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA | | | | | | | | | | | |
| **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**: ……………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................ | | | | | | | | |

**STRONA 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie: ............................................... |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA     PODYPLOMOWE | STUDIA     DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | **nie dotyczy** |
| **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA** **Nazwa szkoły** .................................................................................................... **klasa/rok** ................... **Kod pocztowy** .......................... **Miejscowość** ...................................................... **ulica** ............................................................................. **Nr domu** ..............................  **Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** .......................................................................................... | | |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON  w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | | | | | | 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**: | | | | |  | |  |

|  |
| --- |
| **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**

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 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 (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego), 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 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. | - 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 Wnioskodawca 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 Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli tak, to niezbędne jest udokumentowanie zdarzenia. | - tak - nie |

**STRONA 7**

**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, 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 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 (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | - 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 | | | | | | | |
| **KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała** | | | **Liczba punktów** | **Maksymalna liczba punktów** | | **Punktacja  nr 1 wniosku** | **Punktacja  nr 2 wniosku** |
| **1** | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:** | | | | | | |
| 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 **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | | 5 |  | |  |
| **2** | **Aktywność zawodowa:** | | | | | | |
| a) | osoba zrejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna albo aktywnie poszukująca pracy | | 5 | **40** |  | |  |
| b) | osoba zatrudniona (bez względu na formę zatrudnienia) | | **40** |  | |  |
| **3** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia** | |  |  |  | |  |
| 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 |  | |  |
| **4** | **Miejsce zamieszkania:** | | | | | | |
| a) | wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców | | 5 | **5** |  | |  |
| **5** | **Inne kryteria:** | | | | | | |
| a) | Wnioskodawca w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | | **10** | **20** |  | |  |
| b) | Wnioskodawca **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | 5 |  | |  |
| c) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | | 5 |  | |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | | | **maksymalnie 100** | |  | |  |
| **Minimalny próg punktowy umożliwiający bieżące udzielenie dofinansowania wynosi: 45** | | | | | | | |

**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):** | | | | | |
| Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1  lub Zadanie nr 4 | | Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2  lub Zadania nr 3 | | Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1,  Zadanie nr 3, Zadanie nr 4 | |
| ................................................... zł | | ................................................... zł | | ................................................... zł | |
| Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 | | Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 | | Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 | |
| ................................................... zł | | ................................................... zł | | ................................................... zł | |
| Moduł I Obszar C– Zadanie nr 2 | | Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 | | Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 | |
| ................................................... zł | | ................................................... zł | | ................................................... zł | |
| Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 | | 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

*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

*pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

*data, podpis:*