

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  |  Obszar A – Zadanie nr 2 |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B |
|  Obszar B – Zadanie nr 1 |  Obszar B – Zadanie nr 2 |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania  | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
|  Obszar C – Zadanie nr 1 |  Obszar C – Zadanie nr 2 |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
|  Obszar C – Zadanie nr 3 |  Obszar C – Zadanie nr 4 |
| 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 D – 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**, w zakresie:  |  **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej |
|  **obu** kończyn dolnych |  **jednej** kończyny dolnej | innym |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma**  ***(zaświadczenie lekarskie)*  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 |
| 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 pracęstosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracęumowa cywilnoprawnastaż 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:** taknieJeżeli 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 2017 lub 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli tak, to niezbędne jest udokumentowanie zdarzenia. |  - tak - nie |
| 6) 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 (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. |  - 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 | **30** |  |  |
| umiarkowany (II grupa inwalidzka)  | 5 |  |  |
| b) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome  | 10 |  |  |
| 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 |  |  |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome  | 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 | **80** |  |  |
| b) | osoba zatrudniona (bez względu na formę zatrudnienia)  | **80** |  |  |
| **3** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia** |  |  |  |  |
| a) | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę na studiach (bez względu na poziom i formę) | 15 | **15** |  |  |
| 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 2017 lub 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | **35** | **60** |  |  |
| 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 |  |  |
| d) | **szczególne utrudnienia Wnioskodawcy** (pkt 3.6 wniosku) | 5 |  |  |
| e) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia  | 10 |  |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | **maksymalnie 190** |  |  |
| **Minimalny próg punktowy umożliwiający bieżące udzielenie dofinansowania wynosi: 80** |

**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  |  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 |  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 |  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 |  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3 |  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 |  Moduł I Obszar D |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR A – Zadanie nr 2** |
| Koszty kursu i egzaminów: | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: |
| ................................................... zł | ......................................................... zł |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4** |
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: |
| ................................................... zł | ......................................................... zł |
|  **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:*