

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 „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)

| <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 o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

 rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniur. ważny dor.

 przez PESEL

 Płeć: kobieta mężczyzna

 Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

miejsce, 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

Adres korespondencyjny:

(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu

nr tel. komórkowego:

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:.....r.

PESEL Pełnoletni: tak niePłeć: kobieta mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(pocztą)

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 życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** **NARZĄD RUCHU 05-R**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
(zaświadczenie lekarskie) osoba głuchoniewidoma
(zaświadczenie lekarskie) **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA (zaświadczenie lekarskie) <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHONIEMA (zaświadczenie lekarskie) | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06- E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |

| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ŻŁOBEK | <input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE | <input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA |
| <input type="checkbox"/> GIMNAZJUM | <input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> STUDIA |
| <input type="checkbox"/> INNA, jaka | | <input type="checkbox"/> 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) | | |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | | Nazwa pracodawcy: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy | | Adres miejsca pracy: |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: | | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | | Miejsce prowadzenia działalności: |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: | | |
| Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął | | |

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek)? | | | | | | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--|------------------------------|
| 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 powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|--|
| <p>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.</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>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.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> |
| <p>3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>4) Czy osoba niepełnosprawna w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli tak, to niezbędne jest udokumentowanie zdarzenia.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |

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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpis pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka 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 | <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 (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | <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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | |/...../ 20.... r. | |
| Weryfikacja formalna wniosku: | | <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: | | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka 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 | | | | | |
|--|---|------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| 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 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 | 25 | | |
| | 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 | | | |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znacznym stopień niepełnosprawności | 10 | | | |
| c) | niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | 5 | | | |
| 2 | Aktywność zawodowa podopiecznego Wnioskodawcy: | | | | |
| a) | osoba zarejestrowana 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 przez podopiecznego Wnioskodawcy: | | | | |
| a) | podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum | 5 | 10 | | |
| b) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub na poziomie wyższym | 10 | | | |
| 4 | Miejsce zamieszkania: | | | | |
| a) | wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców | 5 | 5 | | |
| 5 | Inne kryteria: | | | | |
| a) | Osoba niepełnosprawna w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. | 10 | 20 | | |
| b) | Wnioskodawca lub jego podopieczny nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | 5 | | | |
| c) | dotatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | 5 | | | |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 5) | | maksymalnie 100 | | | |
| Minimalny próg punktowy umożliwiający bieżącą realizację wniosku wynosi: 45 pkt | | | | | |

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

| OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU | | | |
|--|-----------------------|--|---|
| Piecątka 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 |
| | | | |
| | | | data i czytelny podpis eksperta |

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:..... negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 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,
- 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,
- 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,
- 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):

| | | |
|--|--|---|
| <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: