

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:



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”
MODUŁ I OBSZAR A – ZADANIE 1
POMOC W ZAKUPIE I MONTAŻU OPRZYRZĄDOWANIA DO POSIADANEGO SAMOCHODU

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)

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. przez
Ważny do

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
.....
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo
miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

email (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Pełnoletni: tak nie

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców

inne miasto

wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

| | | |
|---|---------------------|----------------------|
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | znaczny stopień | I grupa inwalidzka |
| całkowita niezdolność do pracy | umiarkowany stopień | II grupa inwalidzka |
| częściowa niezdolność do pracy | lekki stopień | III grupa inwalidzka |

orzeczenie o niepełnosprawności

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest okresowo do dnia:..... bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: **obu** kończyn górnych **jednej** kończyny górnej**obu** kończyn dolnych **jednej** kończyny dolnej innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-**O**
osoba niewidoma
osoba głuchoniema
Lewe oko:
Ostrość wzoru (w korekcji)
Zwężenie pola widzenia:stopniPrawe 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 Ubytek słuchu(dB) | 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 |

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

| | | |
|----------------------------|---|-------------------|
| ŻŁOBEK | PRZEDSZKOLE | SZKOŁA PODSTAWOWA |
| GIMNAZJUM | TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | STUDIA |
| INNA, jaka | | nie dotyczy |

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok
 Kod pocztowy
 Miejscowość ulica Nr domu
 Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** **nie**internat: **tak** **nie**Nauka prowadzi do: **Z** zdania matury **Z** uzyskania średniego wykształcenia **Z** uzyskania zawodu

Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?

tak **nie****AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)**

niezatrudniona/y: od dnia: bezrobotna/y poszukująca/y pracy
 nie dotyczy

zatrudniona/y:
 od dnia: do dnia: Nazwa pracodawcy:

 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

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do
potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,
dokonanego w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie:

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRONCzy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: **tak** **Z** **nie** **Z**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: **tak** **Z** **nie** **Z**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

4. Uzasadnienie wniosku (proszę uzasadnić wniosek wskazując na związek udzielenia dofinansowania z realizacją celów programu*)

.....

.....

.....

.....

..... * **Cel główny programu:** Wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | |
| <input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik | |
| <input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | |
| <input type="checkbox"/> specjalne siedzenia | |
| <input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia | |
| <input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec | |
| <input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów | |
| <input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne | |
| <input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego | |
| <input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników | |
| <input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania | |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |
| RAZEM | |

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|--------------------------|
| | |

7. Informacje uzupełniające

| |
|---|
| Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.). Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny |
| NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: NIE TAK w roku w ramach a także w roku w ramach |

Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,

2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)

STRONA 6

3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.powiatgrudziadzki.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15 % ceny brutto**),
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

| | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| dnia /..... /20..... r. | podpis wnioskodawcy |
|-------------------------------------|------------------------------|

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU | | |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i> | | |
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 2 do formularza wniosku)-wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3 do formularza wniosku) | | | |
| 7. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczęć i podpis pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczęć i podpisy pracowników 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 | z - tak z - nie | |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | z - tak z - nie | |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | z - tak z - nie | |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego | z - tak z - nie | |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | z - tak z - nie | |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | z - tak z - nie | |
| 7 | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | z - tak z - nie | |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | |/.....20.... r. | |
| Weryfikacja formalna wniosku: | | pozytywna | negatywna |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: | | z - tak | z - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | z - tak | z - nie |

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć 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 dotyczy)

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

| 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) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim | 10 | 20 | | | |
| b) | występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | 10 | | | | |
| 2 | Aktywność zawodowa: | | | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe (np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo osoba, która jednocześnie działa na rzecz osób niepełnosprawnych, albo która w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) | 5 | 65 | | | |
| b) | osoba zatrudniona | 60 | | | | |
| 3 | Posiadane wykształcenie: | | | | | |
| a) | Wyższe | 10 | 10 | | | |
| b) | Średnie/ponadgimnazjalne | 5 | | | | |
| 4 | Aktualnie realizowany etap kształcenia: | | | | | |
| a) | osoba studiuje na wyższej uczelni | 10 | 10 | | | |
| b) | osoba uczy się w szkole ponadgimnazjalnej | 5 | | | | |
| 5 | Inne kryteria: | | | | | |
| a) | Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe | 5 | 15 | | | |
| b) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i> | – w przypadku jednej dodatkowej osoby niepełnosprawnej | | 10 | | |
| | | – w przypadku więcej niż jedna dodatkowa osoba niepełnosprawna | | 15 | | |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5) | | Maksymalnie | 120 | | | |
| Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50 | | | | | | |

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 | |
|---|-----------------------|--|---|------------|
| | | | | pozytywna: |
| | | | data i czytelny podpis eksperta | |

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....

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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

| Obszar A – zadanie I | Obszar B – zadanie I | Obszar B zadanie II |
|----------------------|-----------------------|---------------------|
| | | |
| Obszar C - zadanie I | Obszar – C zadanie II | |
| | | |

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących 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: