

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 B – Zadanie 1

**POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA**

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 urodzenia .....r.

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

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: .....stopni

## Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji .....

Zwężenie pola widzenia: .....stopni

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  osoba głucha Ubytek słuchu .....(dB)	07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	11- <b>I</b> inne
02- <b>P</b> choroby psychiczne	06- <b>E</b> epilepsja	08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	10- <b>N</b> choroby neurologiczne	12- <b>C</b> 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:..... 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      na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....  
 Nr      NIP:      inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza      Miejsce prowadzenia działalności: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy 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:  
 .....  
 .....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON (w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie) w tym poprzez PCPR, MOPR lub oddział PFRON?						tak <b>Z</b> nie <b>Z</b>
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)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

### 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. 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 wniosku. **W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.**

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Czy niepełnosprawność Podopiecznego jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w <b>posiadanych orzeczeniu</b> dot. niepełnosprawności.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy w gospodarstwie domowym Podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? jeżeli tak, dołączyć stosowne orzeczenia.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)    <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)    <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy Podopieczny jest osobą aktywną zawodowo * i jednocześnie podnoszącą swoje kwalifikacje zawodowe ( np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo jednocześnie działała na rzecz osób niepełnosprawnych**, albo aktywnie poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia ( np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) ***</p> <p>* przez aktywność zawodową rozumie się zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu , w przypadku rejestracji w urzędzie pracy należy przedłożyć stosowne zaświadczenie.</p> <p>** w przypadku podnoszenia przez osobę niepełnosprawną kwalifikacji, działania na rzecz osób niepełnosprawnych należy przedłożyć odpowiednie zaświadczenie.</p> <p>*** w przypadku aktywnego poszukiwania pracy, przygotowań do podjęcia pracy lub dalszego kształcenia należy na odrębnym załączniku opisać na czym polegają te działania.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><b>Działania mające na celu podniesienie kwalifikacji (jakie?)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Działania na rzecz osób niepełnosprawnych (na czym polegają?)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

#### 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 - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	Orientacyjna cena /kwota wnioskowana (kwota brutto w zł)
Sprzęt elektroniczny:	Orientacyjna cena sprzętu: ..... ..... Kwota wnioskowana:
Elementy sprzętu elektronicznego:	Orientacyjna cena sprzętu: ..... ..... Kwota wnioskowana:
Oprogramowanie:	Orientacyjna cena oprogramowania: ..... ..... Kwota wnioskowana:

#### 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (suma z pkt 5)	Kwota wnioskowana	Deklarowana kwota udziału własnego (minimum 10% ceny brutto)

#### 7. Informacje uzupełniające

<p>POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....</p> <p>.....</p>
<p>NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO</p> <p>Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe: .....</p> <p>.....</p>
<p><b>CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA: NIE TAK</b> w ..... roku w ramach .....</p> <p>a także w ..... roku w ramach .....</p>

**Oświadczam, że:**

1. 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)
3. zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.powiatgrudziadzki.pl](http://www.powiatgrudziadzki.pl)
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania:  **tak** -  **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10 % 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 byłam(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 (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( załącznik nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON ( załącznik nr 2 do 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"/>	
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 3a do wniosku) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie lekarskie ( załącznik nr 3b do wniosku) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie lekarskie ( załącznik nr 3c do wniosku) – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie o pobieraniu przez podopiecznego nauki w szkole ponadgimnazjalnej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

### 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 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 podpisy 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.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
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
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>				
a)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim	10	<b>20</b>		
b)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	10			
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>				
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	<b>65</b>		
b)	osoba zatrudniona	60			
<b>3</b>	<b>Posiadane wykształcenie:</b>				
a)	Wyższe	10	<b>10</b>		
b)	Średnie/ponadgimnazjalne	5			
<b>4</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	osoba studiuje na wyższej uczelni	10	<b>10</b>		
b)	osoba uczy się w szkole ponadgimnazjalnej	5			
<b>5</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca prowadzi <b>samodzielne gospodarstwo domowe</b>	5	<b>15</b>		
b)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	10			
	– w przypadku jednej dodatkowej osoby niepełnosprawnej	15			
	– w przypadku więcej niż jedna dodatkowa osoba niepełnosprawna	15			
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>		<b>Maksymalnie</b>	<b>120</b>	.....	
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50</b>					

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

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń	
	.....	.....	.....	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):**

### **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: