

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B – Zadanie 2
Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i 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 – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... Płeć: kobieta mężczyzna
ważny do dnia.....r.

PESEL Stan cywilny: wolna/y zameżna/żonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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 lokalu
Powiat
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 - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

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		

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pccprgrudziadz.pl

STRONA 2

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

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 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

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:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” rozumie się:

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym - wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem z terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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. 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
1) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności) Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?; jeżeli tak, należy dołączyć stosowne orzeczenia.	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy Wnioskodawca 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) *** * przez aktywność zawodową rozumie się zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy, w przypadku rejestracji w urzędzie pracy należy przedłożyć stosowne zaświadczenie. ** w przypadku podnoszenia przez osobę niepełnosprawną kwalifikacji, działania na rzecz osób niepełnosprawnych należy przedłożyć odpowiednie zaświadczenie. *** w przypadku aktywnego poszukiwania pracy, przygotowań do podjęcia pracy lub dalszego kształcenia należy na odrębnym załączniku opisać na czym polegają te działania. Dopuszczalne jest wykazanie okoliczności dotyczących w/w aktywności z okresu 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie Działania mające na celu podniesienie kwalifikacji (jakie?) Działania na rzecz osób niepełnosprawnych (na czym polegają?) Działania polegające na aktywnym poszukiwaniu pracy lub staraniach na lepszym przygotowaniu się do jej podjęcia lub podjęcia dalszego kształcenia (jeżeli dotyczy, proszę opisać i załączyć dodatkowy załącznik)

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

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania			
Zakres tematyczny szkolenia	Liczba godzin szkolenia	Nazwa podmiotu organizującego szkolenie	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
			Razem:

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (suma z pkt 5)	Kwota wnioskowana

7. Informacje uzupełniające

POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w roku w
ramach

a także w roku w ramach

STRONA 6

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,
- 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),
- 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, a także pod adresem: www.pcprgrudziadz.pl.
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel pomocy (przedmiot dofinansowania określony ogólnie w Zadaniu w danym Obszarze Programu): tak - nie,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie
- 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,
- 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

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

**WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR
PROGRAMU**
(należy zaznaczyć właściwe)

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu)	<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.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3a do wniosku)- jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3b do wniosku)- jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 3c do wniosku)- jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie pracodawcy potwierdzające zatrudnienie Wnioskodawcy – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie z PUP o strusie osoby bezrobotnej albo poszukującej pracy - jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

STRONA 7

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

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

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 ani nie byłem (am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządaniem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne,
- 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, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęćka i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęćka 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 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	<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 i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:// 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku:		pozytywna	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	

pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis: _____

pieczęćka 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	
--	--

STRONA 8

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)	dotatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	10			
	<i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	– w przypadku jednej dodatkowej osoby niepełnosprawnej – 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

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

STRONA 9

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:**

- 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 ani nie byłem (am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne,
- 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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

Obszar A – zadanie I	Obszar A – zadanie II	Obszar B – zadanie I
Obszar B - zadanie II	Obszar C - zadanie I	Obszar – C zadanie II
Obszar – C zadanie III	Obszar – C zadanie IV	
Obszar D		

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: