|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu:** |  |
| **Nr sprawy:** |  |



**WNIOSEK „M-I”**

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**

**Obszar C Zadanie 2**

**pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności**

|  |
| --- |
| **Część A** |

|  |
| --- |
| **1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY** |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** |  w swoim imieniu jako rodzic dziecka jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |
| **Dowód osobisty** | **Seria:** |  |
| **Numer:** |  |
| **Wydany przez:** |  |
| **Data wydania:** |  |
| **Data ważności:** |  |
| **Stan cywilny:** |  wolna/y zamężna/żonaty |
| **Gospodarstwo domowe:** |  samodzielne (osoba samotna) wspólne |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto powyżej 5 tys. mieszkańców miasto do 5 tys. mieszkańców wieś |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** |
|  Taki sam jak adres zamieszkania |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
|  Nie dotyczy |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |
| **Pełnoletni:** |  tak  nie |
| **Dowód osobisty****(o ile dotyczy)** | **Seria:** |  |
| **Numer:** |  |
| **Wydany przez:** |  |
| **Data wydania:** |  |
| **Data ważności:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
| **Stopień niepełnosprawności:** |  znaczny umiarkowany lekki nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** |  I grupa II grupa III grupa nie dotyczy |
| **Niezdolność:** |  całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji całkowita niezdolność do pracy częściowa niezdolność do pracy nie dotyczy |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** |  tak nie |
| **Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:** |  okresowo – do dnia: bezterminowo |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
|  05-R – narząd ruchu Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego 04-O – narząd wzroku osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma |
| Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): 01-U – upośledzenie umysłowe 02-P – choroby psychiczne 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu osoba głucha 06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia 08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo-płciowego 10-N – choroby neurologiczne 11-I – inne 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

|  |
| --- |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
|  nie dotyczy nieaktywna/y zawodowo bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy) |  poszukująca/y pracy działalność gospodarcza działalność rolnicza zatrudniony |
| **Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)** | **Zatrudniony od dnia:** |  |
| **Okres zatrudnienia:** |  na czas określony, do dnia: na czas nieokreślony inny, jaki: |
| **Forma zatrudnienia:** |  stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy |
| **Nazwa pracodawcy:** |  |
| **Adres pracodawcy:** |  |
| **Telefon kontaktowy do pracodawcy:** |  |

|  |
| --- |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI** |
|  nie dotyczy przedszkole szkoła podstawowa gimnazjum zasadnicza szkoła zawodowa liceum technikum |  szkoła policealna kolegium studia doktoranckie studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) studia podyplomowe inna, jaka: |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:** |  |
| **Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):** |  |

|  |
| --- |
| **2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), 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)** | **Numer umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Termin rozliczenia** | **Wysokość dofinanso- wania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |
| **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” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |
|  |

|  |
| --- |
| **3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU** |
| Uwaga! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku. |
| **Pytanie/zagadnienie** | **Informacje Wnioskodawcy** |
| 1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.
 |  tak – 2 przyczyny niepełnosprawności tak – 3 przyczyny niepełnosprawności nie |
| 1. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?
 |  tak nie |
| 1. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.
 |  tak – 1 osoba tak – więcej niż 1 osoba nie |
| 1. Czy Wnioskodawca lub podopieczny jest aktywny zawodowo i jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo 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)? Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.
 |  nie nie dotyczy tak (proszę opisać) |
| 1. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.
 |  tak (proszę opisać) nie |
| 1. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?
 |  tak nie |
| 1. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)
 |  |
| 1. Czy Wnioskodawca lub podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopie odpowiedniej decyzji lub inny dokument wydany przez właściwa jednostkę.
 |  tak nie |

|  |
| --- |
| **4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar C/Zadanie 2** |
| **Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**  | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** |
| Zakup części zamiennych, jakich: |  |
|  |
| Zakup akumulatora |  |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: |  |
|  |
| Koszty naprawy/remontu |  |
| Koszty przeglądu technicznego |  |
| Koszty konserwacji/renowacji |  |
| **Razem:** |  |

|  |
| --- |
| **5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA** |
| **Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE** |
| **Wnioskodawca/podopieczny użytkuje obecnie skuter lub wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:** |  tak  nie |
| Model: |  | Rok prod.: |  |
| **Okres gwarancyjny na naprawę skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym upłynął:** |  tak  nie |
| W dniu: |  |
| **Okres gwarancyjny na naprawę przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania upłynął:** |  tak  nie |
| W dniu: |  |
| **Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:** |  tak  nie |
| W roku: |  | W ramach: |  |
| W roku: |  | W ramach: |  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY** |
| na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku** |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Oświadczam, że:1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się i będę ubiegał/a się w danym roku wyłącznie za pośrednictwem Powiatu Sępoleńskiego tak  nie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcprwiecbork.pl](http://www.pcprwiecbork.pl),
4. 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,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez PCPR oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam/em pomoc w formie dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak  nie,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak  nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …................................. | …................................. | ….................................…................. |
| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |

|  |
| --- |
| **7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE** |
| **Nazwa załącznika** | **Wypełnia wyłącznie realizator programu****(zaznaczyć właściwe)** |
| **Dołączono do wniosku** | **Uzupełniono** | **Data uzupełnienia/uwagi** |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) |  |  |  |
| 3. | Klauzula informacyjna (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR |  |  |  |
| 4. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |  |  |  |
| 5. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |  |  |  |
| 6. | Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie wraz z oświadczeniem pełnomocnika, w przypadku gdy Wnioskodawca występuje przez pełnomocnika ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku) |  |  |  |
| 7. | Kserokopia karty gwarancyjnej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym oraz przedmiotów proponowanych do dofinansowania |  |  |  |
| 8. | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU** |

|  |
| --- |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Warunki weryfikacji formalnej** | **Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)** |
| **Tak** | **Nie** | **Uwagi** |
| 1. | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania |  |  |  |
| 2. | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  |  |  |
| 3. | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  |  |  |
| 4. | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) |  |  |  |
| 5. | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  |  |  |
| 6. | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy |  |  |  |
| **Weryfikacja formalna wniosku:** | ** pozytywna  negatywna** |
| **Data weryfikacji formalnej wniosku:** |  |

|  |
| --- |
| **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.
 |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej:** |  |

|  |
| --- |
| **WERYFIKACJA MERYTORYCZNA WNIOSKU** |
|  | **KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała** | **Liczba punktów** | **Maksymalna liczba punktów** | **Punktacja** |
| **1.** | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:** |
| a) | dziecko po 16 roku życia ze znacznym stopniem niepełnosprawności | 5 | 15 |  |
| b) | stopień niepełnosprawności (osoba dorosła) (jeden stopień do wyboru) | znaczny lub równoważne | 5 |  |
| umiarkowany lub równoważne | 2 |  |
| c) | osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | 3 |  |
| d) | osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | 3 |  |
| e) | osoba z dysfunkcją narządu słuchu i posiadającą trudności w komunikowaniu się | 3 |  |
| f) | osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikającaz posiadanego orzeczenia) | 4 |  |
| g) | osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | 3 |  |
| **2.** | **Aktywność zawodowa i społeczna:** |
| a) | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) | 40 | 45 |  |
| b) | osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub jednocześnie działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy lub starająca się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, psychologiem, trenerem) | 5 |  |
| c) | osoba uczęszczająca do Warsztatów Terapii Zajęciowej | 1 |  |
| **3.** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** |
| a) | osoba studiująca (studia I lub II stopnia, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | 10 | 10 |  |
| b) | osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej lub szkole policealnej | 5 |  |
| c) | osoba realizująca obowiązek szkolny (do 18 roku życia), wykazując osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach lub olimpiadach, wyróżnienia, wolontariat) | 1 |  |
| d) | osoba realizująca obowiązek szkolny (do 18 roku życia), mając miejsce zamieszkania na terenie obszaru wiejskiego | 1 |  |
| **4.** | **Inne kryteria:** |
| a) | Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | 10 | 30 |  |
| b) | Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | 5 |  |
| c) | Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje | 1 |  |
| d) | Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu | 1 |  |
| e) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | 1 |  |
| f) | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.5 wniosku) | 5 |  |
| g) | Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (pkt. 3.7 wniosku) | 5 |  |
| h) | dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 2 – w budynku, w którym mieszka wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem inwalidzkim) | 1 |  |
| i) | wniosek kompletny w dniu przyjęcia lub uzupełniony w ciągu 10 dni od dnia złożenia wniosku | 1 |  |
| j) | Wnioskodawca zamieszkuje obszar wiejski | 2 |  |  |
| **Razem ocena wniosku:** | **Maksymalnie 100** |  |
| **Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 30** |

|  |
| --- |
| **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.
 |
| *Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku:* | Liczba uzyskanych punktów ogółem: | Proponowana kwota dofinansowania(ustalona na podstawie dotychczas przedłożonych dokumentów): |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):** |  |

|  |
| --- |
| **OPINIA EKSPERTA** |
| ** pozytywna  negatywna** | *Data i czytelny podpis eksperta:* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:** |  |

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| ** pozytywna  negatywna** |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
| **Obszar C Zadanie 2:** |  |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:** |
|  |

|  |
| --- |
| **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.
 |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|  |  |