|  |  |
| --- | --- |
| **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 4**

**pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości), adresowana do osób ze 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 4** | |
| **Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** |
| Zakup części zamiennych, jakich: |  |
|  |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: |  |
|  |
| Koszty naprawy/remontu |  |
| Koszty przeglądu technicznego |  |
| Koszty konserwacji/renowacji |  |
| Inne, jakie: |  |
|  |
| **Razem:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA** | | |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy: |  |  |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON: |  |  |
| **Razem:** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE** | | | | | |
| Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | | | | | |
| **PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:** | | | | **PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:** | |
|  w zakresie ręki   przedramienia   ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | | | |  na poziomie podudzia   na wysokości uda (także przez staw kolanowy)   uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym | |
| **Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Przyczyna amputacji kończyny:** | | | |  uraz  inna, jaka: | |
|  | | | | | |
| **Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:** | | | |  stabilny  niestabilny | |
| **Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Czy wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:** | | | | |  tak  nie |
| W roku: |  | W ramach: |  | | |
| **Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:** | | | | |  tak  nie |
| W dniu: |  | | | | |
| **Posiadana proteza była naprawiana:** | | | | |  tak  nie |
| W roku: |  | | | | |
| **Gwarancja na naprawę upłynęła:** | | | | |  tak  nie |
| W dniu: |  | | | | |
| **Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 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. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak  nie, 6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto), 7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam/em pomoc w formie dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak  nie, 8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, 9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez PCPR programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną, 10. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak  nie, 11. 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 stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) |  |  |  |
| 3. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3d do wniosku) |  |  |  |
| 4. | 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 |  |  |  |
| 5. | 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) |  |  |  |
|  | Z dwóch zakładów ortopedycznych propozycji (oferty) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do wniosku) |  |  |  |
| 6. | 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 wynikająca  z 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 4:** |  |
| **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:* |
|  |  |