

Nr wniosku:

RON.5108.....2019

**WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”**

Moduł I

Obszar A – Zadanie nr 1

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu ruchu)

Obszar A – Zadanie nr 4

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)

Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię Nazwisko

Pesel

Płeć kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolny/a zamężna/zamężny

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)– POBYT STAŁY

ulica
nr budynku nr lokalu
kod pocztowy
miejscowość
powiat
województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

ulica
nr budynku nr lokalu
kod pocztowy
miejscowość
powiat
województwo

ADRES KORESPONDECYJNY *(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)*

.....
.....

KONTAKT TELEFONICZNY

nr telefonu..... e-mail

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

firma handlowa media Realizator programu PFRON inne *(jakie):*

.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia:.....stopni	Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia:.....stopni
--	---	--

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

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia

zarejestrowana/y w urzędzie pracy jako:

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

zatrudniona/y: stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 działalność rolnicza
 staż zawodowy

od: dzieńmiesiąc.....rok..... do: dniamiesiąc.....rok.....

na czas nieokreślony inny, jaki:

Okresy zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia!

działalność gospodarcza - Nr NIP: na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr
 dokonanego w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie:

AKTUALNIE RAELIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> inna, jaka:
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie? tak nie

Nazwa zadania w ramach, którego udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania	Wysokość dofinansowania	Rok zawarcia umowy

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, zgodnie z ust. 31 pkt 43 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Czy w gospodarstwie domowym są inne osoby niepełnosprawne: **tak** **nie**
(jeżeli tak, proszę dostarczyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)

Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 roku lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ?
(wniosek uzyska punkty w ocenie merytorycznej wyłącznie w przypadku, gdy podane informacje zostaną udokumentowane)
 - nie - tak *(proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika)*

UZASADNIENIE WNIOSKU

.....

SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – OBSZAR A

Zadanie nr 1 Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
RAZEM	

Zadanie nr 4 Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> Komunikatory/tablice	
<input type="checkbox"/> Telefon/tablet z możliwością rozmów tekstowych	
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie, jakie:	
<input type="checkbox"/> Aplikacje jakie:	
<input type="checkbox"/> Sygnalizator	
<input type="checkbox"/> Dodatkowe oświetlenie	
<input type="checkbox"/> Wskaźniki optyczne	
<input type="checkbox"/> Inne, jakie	
RAZEM	

Wnioskowana kwota dofinansowania

Zadanie*	Orientacyjna cena brutto (100%)	Kwota wnioskowana (w zł)	Wysokość wkładu własnego (co najmniej 15% ceny brutto zakupu)
Zadanie nr 1			
Zadanie nr 4			
ŁĄCZNIE			

* - należy wypełnić właściwie

Informacje uzupełniające

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

Oświadczam, że:

- 1) **nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a** w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego Realizatora na terenie innego samorządu powiatowego;
- 2) informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą – 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 – Moduł I” oraz przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd” i procedury realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: www.pfron.org.pl i www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl
- 4) w okresie ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu;
- 5) posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej, co najmniej 15% ceny brutto);
- 6) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 7) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 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) nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu;
- 10) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż decyzję o wysokości pomocy dla wnioskodawcy podejmuje Realizator programu, który ustala własne sposoby różnicowania dofinansowania;
- 11) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON nastąpi na warunkach określonych w umowie dofinansowania, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury Vat;
- 12) wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w zakresie udzielonego dofinansowania;
- 13) zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej;

Data.....

podpis Wnioskodawcy.....

Pouczenie:

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.

Załączniki wymagane do wniosku

1	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – oryginał do wglądu	<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 formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione i podpisane przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
4	Zadanie nr 1 - w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: 12-C) – zaświadczenie lekarza specjalisty (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku), zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. Winno ono potwierdzać, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/>
5	Zadanie nr 4 – w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, ale Wnioskodawca ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli – zaświadczenie lekarza specjalisty (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku)	<input type="checkbox"/>
6	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>
7	Kserokopia/skan dowodu rejestracyjnego samochodu – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
8	Faktura proforma/oferta cenowa określająca przedmiot dofinansowania oraz jego koszt	<input type="checkbox"/>
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka 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 (nie dotyczy obszaru C 2 oraz B 2)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<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	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> 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	

podpis pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Obsza

l.p.	Kryteria oceny wniosku	Ilość punktów	Ocena punktowa wniosku
1.	Osoba zatrudniona	55 pkt.	
2.	Osoby poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2017 i 2018 roku	20 pkt	
	Orzeczenie: znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne o niepełnosprawności	25 pkt.	
3.	Orzeczenie: umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	15 pkt.	
4.	Orzeczenie o niepełnosprawności-dot. niepełnoletniego podopiecznego Wnioskodawcy	25 pkt.	
5.	osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej	10 pkt.	
6.	Kompletność wniosku w dniu przyjęcia	5 pkt.	
7.	niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5 pkt.	
8.	Osoba po amputacji (brakiem) obu kończyn górnych lub obu dolnych, lub dysfunkcją obu kończyn górnych lub dysfunkcją narządu wzroku	5 pkt.	
9.	Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5 pkt.	
10.	W przypadku obszaru B – uzasadnienie złożonego wniosku z celem programu tj. przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego	5 pkt.	
11.	W przypadku obszaru A i C – uzasadnienie złożonego wniosku z celem programu tj. przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	5 pkt.	
12.	W przypadku obszaru D – uzasadnienie złożonego wniosku z celem programu tj. umożliwianie beneficjentem programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie	5 pkt.	
Maksymalna liczba punktów:			Razem ilość otrzymanych punktów
1) w przypadku pełnoletnich Wnioskodawców:		120 pkt.	
2) w przypadku Wnioskodawców dzieci do 18 roku życia:		60 pkt.	
Minimalna liczba punktów uprawniająca do uzyskania dofinansowania:			
1) w przypadku pełnoletnich Wnioskodawców:		60 pkt.	
2) w przypadku Wnioskodawców dzieci do 18 roku życia:		45 pkt.	

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
Data , podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....**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):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł	----- -----	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów: zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł
---------------------------------------	---

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: 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

Podpisy pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

Pieczętka imienna i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

