

Nr wniosku:
RON.5108.....2019

**WNIOSEK „O” – wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego
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)

Wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny

Imię Nazwisko

Pesel

Płeć kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolny/a zamężna/zamężny

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):*
.....

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Pełnoletni tak nie

Płeć tak nie

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

ulica

nr budynku nr lokalu

kod pocztowy

miescowosc

powiat

województwo

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny I grupa

całkowita niezdolność do pracy umiarkowany II grupa

częściowa niezdolność do pracy lekki III grupa

orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

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 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 PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

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: dzień miesiąc rok do: dnia miesiąc 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:

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> żłobek	<input type="checkbox"/> przedszkole	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> gimnazjum	<input type="checkbox"/> trzyletnia szkoła przysposabiająca do pracy	
<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"/> studia
<input type="checkbox"/> inna, jaka		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok
 Miejscowość ulica nr domu kod pocztowy
 Średnia ocen za ostatni rok (świadectwo)
 Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat)

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?			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 (opisać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:..... rok produkcji

nr rejestracyjny Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu.

Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny
na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

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

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU
.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

NIE 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 albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – 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	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>
6	Kserokopia/skan dowodu rejestracyjnego samochodu – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
7	Faktura proforma/oferta cenowa określająca przedmiot dofinansowania oraz jego koszt	<input type="checkbox"/>
8	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
9	W przypadku Wnioskodawców, w imieniu których wniosek składa Pełnomocnik - oświadczenie Pełnomocnika (sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>
10	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka (w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
11	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>

WNIOSK O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

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:

Obsz

		punktów	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 PFRON

pozytywna: 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	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1
..... zł zł zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2	-----	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2
..... zł	----- zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D
..... zł zł 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:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej
--	---

..... zł	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: