

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 C – Zadanie nr 2**

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

**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"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<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 C ZADANIE NR 2

SPECYFIKA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Modułu I Obszar C Zadanie 2		
Proponowane do dofinansowania/refundacji koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:		
Zakup akumulatora:		
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:		
Koszty naprawy/remontu:		
Koszty przeglądu technicznego:		
Koszty konserwacji/renowacji:		
<b>RAZEM</b>		
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA / REFUNDACJI		
Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) max 3.500 zł
<b>Razem</b>		
INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE		
Czy wnioskodawca uzyskał w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty niniejszym wnioskiem? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
Wnioskodawca posiada: <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym, <input type="checkbox"/> skuter (model, rok produkcji) .....		
<b>Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka oraz przedmiotów objętych dofinansowaniem / refundacją upłynął</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w dniu.....		
Gwarancja na naprawę upłynęła <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – w dniu .....		
Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym skuterem lub wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): ..... .....		

## **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](http://www.pfron.org.pl) i [www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl](http://www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl)
- 4) 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;
- 5) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 6) 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;
- 7) nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu;
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż decyzję o wysokości pomocy dla wnioskodawcy podejmuje Realizator programu, który ustala własne sposoby różnicowania dofinansowania;
- 9) 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;
- 10) wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w zakresie udzielonego dofinansowania;
- 11) w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania/refundacji okres gwarancyjny upływał;
- 12) **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak **nie mogą pochodzić ze środków PFRON**;
- 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 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 ( <b>załącznik nr 1</b> do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( <b>załącznik nr 2</b> 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	Zapłacona faktura VAT dotycząca kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera/wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (z datą wystawienia nie wcześniej niż 180 dni przed złożeniem wniosku) wystawiona na Wnioskodawcę albo na rodzica lub opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – <b>dotyczy refundacji</b>	<input type="checkbox"/>
5	Faktura proforma/oferta cenowa określająca przedmiot dofinansowania oraz jego koszt	<input type="checkbox"/>
6	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"/>
7	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka (w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
8	W przypadku Wnioskodawców, w imieniu których wniosek składa Pełnomocnik - oświadczenie Pełnomocnika (sporządzone według wzoru określonego w <b>załączniku nr 6</b> do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>
9	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>

**WNIOSEK 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	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>	
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:



**Karta oceny merytorycznej wniosku MODUŁ I Obszar.....Zadanie..... RON.5108.....2018**

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 <b>sprzężona</b> (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 (w złotych)	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:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

## PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<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:
--	---

**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: