

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 C – Zadanie nr 4

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

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

miejsowość

powiat

województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

ulica

nr budynku nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

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 RAEALIZOWANY 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 C ZADANIE NR 4

SPECYFIKA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA Modułu 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)
Koszt wymienianych elementów, jakich:	
Koszt prac naprawczych, jakich:	
RAZEM:	
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA / REFUNDACJI	
I. Wnioskowana kwota dofinansowania	
Łączny koszt utrzymania sprawności technicznej protezy:	
Kwota wnioskowana:	
Wysokość wkładu własnego (10% ceny brutto):	
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:	
Łączna kwota dofinansowania (naprawa protezy + koszty dojazdu)	
OŚWIADCZENIA I INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE	
Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ po amputacji:	PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ po amputacji:
<input type="checkbox"/> w zakresie ręki	<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia
<input type="checkbox"/> przedramienia	<input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
<input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje – należy wpisać, opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż NIE OTRZYMAŁAM/ŁEM w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty niniejszym wnioskiem. <input type="checkbox"/> Oświadczam, iż OTRZYMAŁAM/ŁEM w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty niniejszym wnioskiem. WNIOSKODAWCA WINIEN NA KAŻDYM ETAPIE REALIZACJI WNIOSKU (TAKŻE PO PODPISANIU UMOWY) POINFORMOWAĆ REALIZATORA O OTRZYMANIU DOFINANSOWANIA, REFUNDACJI LUB DOTACJI ZE ŚRODKÓW NFZ NA PROTEZĘ / PROTEZY OBJĘTE DOFINANSOWANIEM ZE ŚRODKÓW PFRON. Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> Uraz <input type="checkbox"/> Inna, jaka: Aktualny stan procesu chorobowego wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> Stabilny <input type="checkbox"/> Niestabilny Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:	

Czy wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy,
w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne NIE TAK*

Jeśli TAK to kiedy? W roku w ramach a także

w rokuw ramach

Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: TAK w dniu: NIE

Posiadana proteza była naprawiana wroku.

Gwarancja na naprawę upłynęła NIE TAK dn.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą:.....

.....

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/em 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 odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął;
- 5) **posiadam** środki finansowe na pokrycie udziału własnego, wynoszącego co najmniej 10% kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości;
- 6) na cel objęty niniejszym wnioskiem (naprawa protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) **uzyskałem(am)** pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: **tak** **nie**
- 7) **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak **nie mogą pochodzić ze środków PFRON**;
- 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) 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;
- 10) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 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) nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu;
- 13) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż decyzję o wysokości pomocy dla wnioskodawcy podejmuje Realizator programu, który ustala własne sposoby różnicowania dofinansowania;
- 14) 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 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	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (załącznik nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>
5	Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (faktura zakupowa lub imienna karta gwarancyjna) - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
5	Kserokopia/skan zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>
6	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>
7	Dwie oferty cenowe (z niezależnych protezowni)	<input type="checkbox"/>
8	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>
10		<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	
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:

Obszar

pieczętka imienna i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

		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	5 pkt.	

	społeczeństwa informacyjnego		
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	<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 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: 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: