

Wpłynęło:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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**

1. Informacje Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzeniar. PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu..... r.

Przez.....

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

ADRES ZAMELDOWANIAKod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

obszar wiejski

miasto do 5 tys. mieszkańców

miasto powyżej 5 tys. mieszkańców

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Powiat

Województwo.....

obszar wiejski miasto do 5 tys. mieszkańców

miasto powyżej 5 tys. mieszkańców

Adres korespondencyjny:

(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

.....

.....

Kontakt telefoniczny:

nr kier.nr telefonu

nr tel. komórkowego:.....

e'mail

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

STRONA 2**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub
całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo/na stałe

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Niepełnosprawność sprzężona (dwie lub więcej przyczyn niepełnosprawności): **TAK** **NIE**

Niepełnosprawność/-ci wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy/-e kod/-y/symbol/-e):

brak kodu/symbolu – niepełnosprawność z powodu uszkodzenia narządu	01-U	04-O	07-S	10-N
	02-P	05-R	08-T	11-I
	03-L	06-E	09-M	12-C

NARZĄD WZROKU (04-O) osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):
	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

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

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie?	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	INNA, jaka:
STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	STUDIA PODYPLOMOWE	STUDIA DOKTORANCKIE

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE **nie dotyczy**

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa i adres szkoły

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

STRONA 3

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

bezrobotny/-a	poszukujący/-a pracy	niezatrudniona/y od dnia:	nie dotyczy
zatrudniona/-y na czas nieokreślony		Nazwa pracodawcy:	
zatrudniona/-y od dnia:	
do dnia:	
inny, jaki:	
		Adres miejsca pracy:	

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
działalność gospodarcza Nr NIP:	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie:
działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego została przyznana pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

STRONA 4

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku Proszę wskazać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz udzielić informacji czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wy-

<p>konywanej pracy lub poziomu wykształcenia. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.</p>	<p>..... </p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (czy u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?</p> <p>Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania ? (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR).</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)</p>
<p>5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. poprzez kursy zawodowe, naukę języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p> <p><i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM:	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------

Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:	<input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym
PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:	<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) Wr.	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,	
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
numer rachunku bankowego:	
nazwa banku:	
data uzupełnienia: czytelny podpis:	

STRONA 6

Oświadczenia

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: zł netto

słownie:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

2. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ełckiego: tak nie

3. Oświadczam, że na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam/-em pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak nie

4. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON

i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie tak nie

5. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: tak nie

6. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej tj. **co najmniej 10 % ceny brutto**)

7. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.elk.pl

8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących do wniosków załączników należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznana będzie za doręczoną.

9. 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.

10. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

11. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych.

12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści wniosku oraz w dołączonych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do procesu rozpatrywania wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych przez Powiat Ełcki oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie.

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy*/

▲ 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.

STRONA 7

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe:

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		<i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.			
2	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osoby pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy			
			

	/imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, stopień pokrewieństwa/			
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku. <i>Imię i nazwisko lekarza</i> <i>nr</i> <i>(sporządzone wg wzoru określonego w Załączniku nr 1 do wniosku)</i>			
4	Oferta cenowa z zakładu ortopedycznego wraz ze specyfikacją przedmiotu dofinansowania.			
Dodatkowe załączniki (należy wymienić):				
5				
6				
7				

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oraz że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy*/

UWAGA

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".
2. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

STRONA 8

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Wniosek nr: o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” - MODUŁ I

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- A. 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,
- B. 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,
- C. 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,
- D. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

1. ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
2. spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
3. niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
4. 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, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)	Data, pieczętka i podpis kierownika/dyrektora właściwej jednostki organizacyjnej

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 (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<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	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
1. Data wstępnej weryfikacji formalnej wniosku: 2. Data ostatecznej weryfikacji formalnej wniosku:			
Weryfikacja formalna wniosku:		pozytywna	negatywna

1. Podpis i pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data:

2. Podpis i pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data:

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: – dotyczy Modułu I

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
--	----------------	---------------------------	------------------------	------------------------

1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:					
a)	stopień niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka)	10	30	
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		10		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące		5		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5		
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5		
2 Aktywność zawodowa:					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		15	25	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a)	osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		70	70	
b)	osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		65		
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		60		
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		55		
4 Miejsce zamieszkania:					
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10	
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5		
5 Inne kryteria:					
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	45	
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5		
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10		
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.6 wniosku)		5		
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		20		
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		- 20		
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 180		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:					

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
		<i>Liczba punktów ogółem</i>	<i>Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)</i>
1. Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	2. Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku		
		

Data przekazania wniosku do opinii eksperta: Opinia eksperta: pozytywna negatywna

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

w ramach Modułu I Obszaru C - Zadanie nr 3

negatywna - UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

pozytywna - PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł)

Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł

słownie:

Koszty zakupu protezy: zł

słownie:

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

.....
/data, podpisy osób podejmujących decyzję/