

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy:

PCPR-ON-MSu-4019/AS/I-...../...../17

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

☐ Obszar A – Zadanie nr 1		☐ Obszar B – Zadanie nr 1	
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu		pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	
☐ Obszar B – Zadanie nr 2		☐ Obszar C – Zadanie nr 1	
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania		pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
☐ Obszar C – Zadanie nr 2	☐ Obszar C – Zadanie nr 3	☐ Obszar C – Zadanie nr 4	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez.....PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyznaStan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

miejsowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania (art. 25 KC).

Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - PCPR ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”				
DANE PERSONALNE		MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)		
Imię		Kod pocztowy - (pocztą)		
Nazwisko		Miejscowość		
Data urodzenia:.....r.		Ulica		
PESEL		Nr domu Nr lok.		
Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie		Powiat		
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna		Województwo		
		☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś		
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO				
☐ 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 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				
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐				
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐				
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐				
☐ NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma		Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni		
☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
☐ ŻŁOBEK	☐ PRZEDSZKOLE	☐ SZKOŁA PODSTAWOWA
☐ GIMNAZJUM	☐ TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ STUDIA
☐ INNA, jaka		☐ nie dotyczy
NAZWA I ADRES PLACÓWKI		
Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)		
☐ niezatrudniona/y: od dnia: ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy		
☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy	☐ 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 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, którego termin zapłaty upłynął		

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. 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 potrzebe powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

[illegible]

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR**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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów 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 i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ pozytywna ☐ negatywna	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	

pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej/...../ 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej/...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: - dotyczy Modułu I					
I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:				
a)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	10	30		
a)	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			
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności	10			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5			
d)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome	5			
2	Aktywność zawodowa podopiecznego Wnioskodawcy:				
a)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna albo aktywnie poszukująca pracy	5	100		
b)	osoba zatrudniona (bez względu na formę zatrudnienia)	100			
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia przez podopiecznego Wnioskodawcy:				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum	5	20		
b)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej	10			
c)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 3b	20			
4	Miejsce zamieszkania:				
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	5	5		
5	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca lub jego podopieczny nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5	35		
b)	dotatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5			
c)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.5 wniosku)	5			
d)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo – jakość wykonywanej pracy	20			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 5)		maksymalnie 190			
Minimalny próg punktowy umożliwiający bieżącą realizację wniosku wynosi: 100 pkt					

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku			pozytywna: ☐ negatywna: ☐ data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20..... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: ☐ 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.

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ Obszar A – Zadanie nr 1		☐ Obszar B – Zadanie nr 1		☐ Obszar B – Zadanie nr 2	
..... zł		 zł		 zł	
☐ Obszar C – Zadanie nr 1	☐ Obszar C – Zadanie nr 2	☐ Obszar C – Zadanie nr 3	☐ Obszar C – Zadanie nr 4		
..... zł	 zł	zł	zł		

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczętki imienne pracowników Realizatora
programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej
jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: