

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy: .....



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”

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 )

<input type="checkbox"/> <b>Obszar A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B2</b>
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem	pomoc w zakupie urządzeń lektorskich
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C</b>
pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar D</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar E</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar F</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

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

przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

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   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

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

e'mail (o ile dotyczy): .....

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 stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**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:

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

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: .....



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

### 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) <b>Uzasadnienie wniosku</b> (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) - nie dot. obszaru: B4, E, F Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb.	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2) <b>Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w <b>posiadanym orzeczeniu</b> dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie .....
3) <b>Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania</b> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) <b>Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) <b>Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
6) <b>Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</b>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) <b>Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?</b> (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)	Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8) <b>Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b> np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.  Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....

**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 pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ):	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 obszarów: B4 i D)	<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	

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

*pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczęćka 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

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>				
a)	stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	15	<b>50</b>	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		15		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące		10		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		15		
d)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5		
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>				
a)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, deklarujące <b>wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji</b> na poziomie wyższym od obecnie posiadanego		20	<b>20</b>	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
<b>3</b>	<b>Posiadane wykształcenie:</b>				
a)	Wyższe		10	<b>10</b>	
b)	Średnie		5		
<b>4</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkołach policealnych oraz na studiach		15	<b>15</b>	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w innej, niż policealna, szkole ponadgimnazjalnej, prowadząca do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury		10		
<b>5</b>	<b>Miejsce zamieszkania:</b>				
a)	Wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	<b>15</b>	
b)	dotyczy wyłącznie obszaru C – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		10		
<b>6</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		15	<b>50</b>	
b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 5 lat <b>nie uzyskali żadnej pomocy</b> ze środków PFRON (pkt 2 wniosku)		5		
c)	Wnioskodawca prowadzi <b>samodzielne gospodarstwo domowe</b>		10		
d)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> 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 3.8 wniosku)		5		
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów (pkt 3.1 wniosku)		5		
g)	dotyczy wyłącznie obszaru C - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <b>skuter</b>		- 20		
h)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia		10		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6)</b>			<b>maksymalnie 160</b>		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....					

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

## OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Piecątka imienna, 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
	.....	.....	.....

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

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**pozytywna:  w ramach obszaru:..... negatywna:  w ramach obszaru:.....**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"/> Obszar A	<input type="checkbox"/> Obszar B1	<input type="checkbox"/> Obszar B2
<input type="checkbox"/> Obszar B3	<input type="checkbox"/> Obszar B4	<input type="checkbox"/> Obszar C
<input type="checkbox"/> Obszar D	<input type="checkbox"/> Obszar E	<input type="checkbox"/> Obszar F

**w przypadku wniosku w ramach OBSZARU E**

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	..... 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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: