

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

Nr sprawy:

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 )

|   |  |   |
|---|--|---|
| <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>  |  |   |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |  |   |

## 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawie) należy wypełnić wszystkie pola

### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka     opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

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

PESEL

Płeć:  kobieta     mężczyzna

Wnioskodawca jest osobą:

Stan cywilny:  wolna/y     zamężna/zonaty

samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

### 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 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     - PFRON     - inne, jakie:

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          Pełnoletni:  tak  niePłeć:  kobieta  mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy   -       
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

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 inwalidzkaOrzeczenie 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 innymPodopieczny 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****Lewe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**Prawe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

 osoba niewidoma osoba głuchoniema **INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):** 01-**U** upośledzenie umysłowe 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 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   |  |   |
|--|--|---|
| <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 ..... Kod pocztowy .....  |  |   |
| Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....  |  |   |
| Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....  |  |   |
| ośrodek szkolno-wychowawczy: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>   |  | internat: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Nauka prowadzi do: <input type="checkbox"/> zdania matury <input type="checkbox"/> uzyskania średniego wykształcenia <input type="checkbox"/> uzyskania zawodu                   |  |   |
| Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?  |  | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>           |
| AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)   |  |   |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy |  |   |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y:<br>od dnia:..... do dnia: .....  | Nazwa pracodawcy: .....  |   |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....   | .....  |   |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę   | Adres miejsca pracy: .....   |   |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  | .....  |   |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna   | .....  |   |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy   | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....  |   |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza<br>Nr NIP: .....  | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... |   |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza  | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....  |   |
| Miejsce prowadzenia działalności: .....  |  |   |

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

| 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<br>(nazwa instytucji, programu i/<br>lub zadania, w ramach<br>którego przyznana została<br>pomoc)  | Przedmiot<br>dofinansowania<br>(co zostało<br>zakupione ze<br>środków PFRON) | Beneficjent<br>(imię i nazwisko<br>osoby, dla której<br>Wnioskodawca<br>uzyskał środki<br>PFRON) | Numer i data<br>zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana<br>(w zł) | Kwota rozliczona<br>przez organ<br>udzielający<br>pomocy<br>(w zł) |  |
| .....  | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |  |
| .....  | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |  |
| .....  | .....  | .....  | .....                          | .....              | .....                     | .....  |  |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>  |  |  |                                |                    |                           |  |  |

### 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 na liście stanowiącej załącznik nr 5 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 potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową/nauką podopiecznego.

| Pytanie/zagadnienie   | Informacje Wnioskodawcy   |
|---|---|
| <p><b>1) Uzasadnienie wniosku</b> (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)</p> <p>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.</p>     | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| <p><b>2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>  |
| <p><b>3) 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)?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>  |
| <p><b>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>  | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>  |
| <p><b>5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?</b><br/>(dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)</p>   | <p>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p><b>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b><br/>np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p> <p>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |

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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ): | UWAGI |
|-----|--|--|-------|
| 1   | Wnioskodawca i podopieczny 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  | <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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |       |

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../ ...../ 20.... r.

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>                            | <b>pozytywna</b>  | <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 |                  |

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka 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<br>(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)  | <b>dotyczy wyłącznie obszaru C</b> – 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<br>(jeden przypadek do wyboru)  | – w przypadku jednej osoby           | 5                         |                        |                        |
|   |   | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 10                        |                        |                        |
| e)  | <b>szczególne utrudnienia Wnioskodawcy</b> (pkt 3.8 wniosku)  |                                      | 5                         |                        |                        |
| f)  | <b>Uzasadnienie wyboru</b> danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów (pkt 3.1 wniosku)  |                                      | 5                         |                        |                        |
| g)  | <b>dotyczy wyłącznie obszaru C</b> - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek <b>typu 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>    |                        |                        |
| <b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b> |   |                                      |                           |                        |                        |

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: