

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego
programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną
i zawodową

Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w
której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Część A

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM
WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> w swoim imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic dziecka <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód osobisty – Seria:	
Dowód osobisty – Numer:	
Dowód osobisty – Wydany przez:	

Dowód osobisty – Data wydania:	
Dowód osobisty – Data ważności:	
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolna/wolny <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Pełnoletni:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Dowód osobisty – Seria (o ile dotyczy):	
Dowód osobisty – Numer (o ile dotyczy):	
Dowód osobisty – Wydany przez (o ile dotyczy):	
Dowód osobisty – Data wydania (o ile dotyczy):	
Dowód osobisty – Data ważności (o ile dotyczy):	

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**Orzeczenie dot.
niepełnosprawności ważne
jest:**

- ☐ okresowo – do dnia:
☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ 05-R – narząd ruchu
☐ Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
☐ 04-O – narząd wzroku
☐ osoba niewidoma
☐ osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
☐ osoba głucha
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- ☐ nie dotyczy
☐ nieaktywny/nieaktywna zawodowo
☐ bezrobotny/bezrobotna (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)
☐ poszukujący/poszukująca pracy
☐ działalność gospodarcza
☐ działalność rolnicza
☐ zatrudniony

Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)

Nazwa pola	Wartość
Zatrudniony od dnia:	
Okres zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:
Forma zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <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
Nazwa pracodawcy:	
Adres pracodawcy:	
Telefon kontaktowy do pracodawcy:	

**OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST
WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

- ☐ nie dotyczy
☐ przedszkole
☐ szkoła podstawowa
☐ gimnazjum
☐ zasadnicza szkoła zawodowa
☐ liceum
☐ technikum
☐ szkoła policealna
☐ kolegium
☐ studia doktoranckie
☐ studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)
☐ studia podyplomowe
☐ inna, jaka:

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB
DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa placówki:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:	
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):	

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?

☐ tak ☐ nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:					

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 odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak – 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak – 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie
2. 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)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	<input type="checkbox"/> tak – 1 osoba <input type="checkbox"/> tak – więcej niż 1 osoba <input type="checkbox"/> nie
4. Czy Wnioskodawca lub podopieczny jest aktywny zawodowo i jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka 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)? Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać)
5. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	<input type="checkbox"/> tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> nie
6. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)	

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:	Orientacyjna cena brutto (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:		
Razem:		

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Nazwa pola	Wartość
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
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W roku:	
W ramach:	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W dniu:	
Posiadana proteza była naprawiana:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W roku:	
Gwarancja na naprawę upłynęła:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W dniu:	
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)

Nazwa pola	Wartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się i będę ubiegał/ubiegała się w danym roku wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego
☐ tak ☐ nie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałem/zapoznałam się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
4. 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,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem/uzyskałam pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:
☐ tak ☐ nie,
6. 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 – co najmniej 10% ceny brutto),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałem/uzyskałam pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:
☐ tak ☐ nie,
8. 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,
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 byłem/byłam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
☐ tak ☐ nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)		
		Tak	Nie	Uwagi
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nazwa pola	Wartość
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
Data weryfikacji formalnej wniosku:	

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/związana z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/byłam 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/byłam zatrudniony/zatrudniona, 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.

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

Nazwa pola	Wartość
Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej:	

WERYFIKACJA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Lp.	KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała	Liczba punktów	Punktacja
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności: (Maksymalna liczba punktów: 13)		
a)	dziecko po 16 roku życia ze znacznym stopniem niepełnosprawności	5	
b)	stopień niepełnosprawności – znaczny lub równoważne (osoba dorosła) (jeden stopień do wyboru)	5	
	stopień niepełnosprawności – umiarkowany lub równoważne (osoba dorosła) (jeden stopień do wyboru)	2	
c)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	5	
d)	osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące	5	
e)	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	3	
f)	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	2	
2.	Aktywność zawodowa i społeczna: (Maksymalna liczba punktów: 13)		
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	10	
b)	osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub jednocześnie działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy lub starająca się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, psychologiem, trenerem)	3	
c)	osoba uczęszczająca do Warsztatów Terapii Zajęciowej, Ośrodka Wsparcia	1	
3.	Aktualnie realizowany etap kształcenia: (Maksymalna liczba punktów: 45)		
a)	osoba studiująca (studia I lub II stopnia, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)	45	
b)	osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej lub szkole policealnej	10	
c)	osoba realizująca obowiązek szkolny (osoby do 18 roku życia), wykazując osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach lub olimpiadach, wyróżnienia, wolontariat)	1	

d)	osoba realizująca obowiązek szkolny (do 18 roku życia), mając miejsce zamieszkania na terenie obszaru wiejskiego	1	
4.	Inne kryteria: (Maksymalna liczba punktów: 108)		
a)	Wnioskodawca ubiega się o pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (moduł I, obszar C, zadanie 3 programu)	90	
b)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5	
c)	Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje	2	
d)	Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu	1	
e)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	1	
f)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.5 wniosku)	5	
g)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (pkt. 3.7 wniosku)	10	
h)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 2 – w budynku, w którym mieszka wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkem inwalidzkim)	1	
i)	wniosek kompletny w dniu przyjęcia	1	
Razem ocena wniosku:		Maksymalnie 179	
Minimalna liczba punktów, uprawniający do uzyskania dofinansowania wynosi: 50			

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/związana z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/byłam 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/byłam zatrudniony/zatrudniona, 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.

<i>Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku:</i>	<i>Liczba uzyskanych punktów ogółem:</i>	<i>Proponowana kwota dofinansowania (ustalona na podstawie dotychczas przedłożonych dokumentów):</i>

Nazwa pola	Wartość
Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):	

OPINIA EKSPERTA

Nazwa pola	Wartość
Opinia:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna

Data i czytelny podpis eksperta:

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

Nazwa pola	Wartość
Decyzja:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł) – Obszar C – Zadanie nr 4:	
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:	

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/związana z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/byłam 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/byłam zatrudniony/zatrudniona, 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.

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>