

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 2**  
**pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego**  
**o napędzie elektrycznym**

**Część A**

**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM**  
**WNIOSEKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

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

### ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<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
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**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
<b>Zatrudniony od dnia:</b>	
<b>Okres zatrudnienia:</b>	<input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:
<b>Forma zatrudnienia:</b>	<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
<b>Nazwa pracodawcy:</b>	
<b>Adres pracodawcy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy do pracodawcy:</b>	

**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 posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	Orientacyjna cena brutto (w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
<b>Razem:</b>	

#### 5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Wartość
Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	
Kwota wnioskowana (w zł)	

#### 6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Wartość
Wnioskodawca/podopieczny użytkuje obecnie wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Model:	
Rok prod.:	
Okres gwarancyjny na naprawę wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym upłynął:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W dniu:	
Okres gwarancyjny na naprawę przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania upłynął:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



W dniu:	
<b>Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W roku:	
W ramach:	
W roku:	
W ramach:	

### 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:

- 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,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 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](http://www.pfron.org.pl),
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem/byłam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  
☐ tak    ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie 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

Wniosek nr:

Aktywny samorząd – Moduł I, Obszar C, Zadanie 2

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

## 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
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
<b>Data weryfikacji formalnej wniosku:</b>	

### 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
<b>1.</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności: (Maksymalna liczba punktów: 13)</b>		
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	
<b>2.</b>	<b>Aktywność zawodowa i społeczna: (Maksymalna liczba punktów: 13)</b>		
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	
<b>3.</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia: (Maksymalna liczba punktów: 45)</b>		
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	
<b>4.</b>	<b>Inne kryteria: (Maksymalna liczba punktów: 108)</b>		
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	
<b>Razem ocena wniosku:</b>		<b>Maksymalnie 179</b>	
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniający do uzyskania dofinansowania wynosi: 50</b>			

## 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
<b>Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):</b>	

**OPINIA EKSPERTA**

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

*Data i czytelny podpis eksperta:*

--

Nazwa pola	Wartość
<b>Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:</b>	

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

Nazwa pola	Wartość
<b>Decyzja:</b>	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
<b>PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł) – Obszar C – Zadanie nr 2:</b>	
<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</b>	

**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>