

Nr sprawy:

###### Wniosek złożono Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach w dniu ..............

*Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) Zał. 2b

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

|  |  |
| --- | --- |
| Obszar A – Zadanie nr 1 | Obszar B – Zadanie nr 1 |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| Obszar B – Zadanie nr 2 | Obszar C – Zadanie nr 1 |
| dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu  sprzętu elektronicznego i oprogramowania | pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| Obszar C – Zadanie nr 2 | |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY | | |
| rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego  Imię...................................................Nazwisko............................................................. Data urodzenia .......................r.   Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu...........................r. przez........................................   PESEL Płeć: kobieta   mężczyzna    Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty | | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe  Kod pocztowy - ..........................................  (poczta)  Miejscowość .....................................................................  ulica .................................................................................  Nr domu ........... Nr lok. ......... Powiat ....................................  Województwo ................................................................... | | 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: | |

**STRONA 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” | | | | | | | | | | | |
| DANE PERSONALNE  Imię ....................................................................  Nazwisko ............................................................  Data urodzenia:................................................. r.  PESEL  Pełnoletni: tak   nie  Płeć: 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 inwalidzka | |
| orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia | | | | | | | | | | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo | | | | | | | | | | | |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO | | | | | | | | | | | | |
| NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: | | | obu kończyn górnych   jednej kończyny górnej | | | | | | | | | |
| obu kończyn dolnych | | | jednej kończyny dolnej | | | | | | innym | | | |
| **Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Podopieczny porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:** | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD WZROKU 04-O**  **osoba niewidoma   osoba głuchoniewidoma** | | **Lewe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):..............................  Zwężenie pola widzenia: ....................... stopni | | | | | | **Prawe oko:**  Ostrość wzoru (w korekcji):...................................  Zwężenie pola widzenia: ............................ stopni | | | | |
| INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ): | | | | | | | | | | | | |
| **01-U** upośledzenie  umysłowe | **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  - **OSOBA GŁUCHA** | | | **07-S** choroby układu  oddechowego i krążenia | | | **09-M** choroby układu  moczowo - płciowego | | | | **11-I** inne | |
| **02-P**  choroby psychiczne | **06-E** epilepsja | | | **08-T** choroby układu  pokarmowego | | | **10-N**  choroby neurologiczne | | | | **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe | |

**Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:** [**www.pfron.org.pl**](http://www.pfron.org.pl) **oraz** [**www.pcpr.sejny.pl**](http://www.mpr.lublin.pl)

**STRONA 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI | | | | |
| ŻŁOBEK | | PRZEDSZKOLE | | SZKOŁA PODSTAWOWA |
| GIMNAZJUM | | TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | | LICEUM | | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | | KOLEGIUM | | STUDIA |
| INNA, jaka .................................................................................................. | | | | nie dotyczy |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI** **Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...............................  **Miejscowość** ........................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ...................................  **Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ........................................................................................ | | | | |
| **Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo)**: .................., w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:..........................................  **Osiągnięcia w nauce i wychowaniu do 3 lat wstecz** (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): ........................................  ...................................................................................................................................................................................................  ...................................................................................................................................................................................................  **Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 30 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.** | | | | |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO** (*o ile dotyczy*) | | | | |
| **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** | | | | |
| **zatrudniona/y: od dnia:**.......................... **do dnia:**..........................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ...................................** | | | **Nazwa pracodawcy**: .................................................................  ....................................................................................................  .................................................................................................... | |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę**  **umowa cywilnoprawna**  **staż zawodowy** | | | **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**: ................................................................................... | | | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... .............................................................................................................................................................................................. Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON  w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), 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) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana  (w zł) | | Kwota rozliczona  przez organ udzielający pomocy  (w zł) |
| ........................................................................................................................... | ................................................................................. | ................................................................................. | ................................................................................. | ........................................................................... | ........................................................................... | | ........................................................................... |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | | | |  | |  |

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. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu) | ............................................................................................  ............................................................................................  ............................................................................................  ............................................................................................  ............................................................................................  ............................................................................................ |
| 2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu. | - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie  - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym  w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | - tak - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy  są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające  odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | - tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?     (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się  o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu) | Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki  o napędzie elektryczny typu *skuter*, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.  - tak - nie |
| 6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?  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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | - tak - nie  ...............................................................................................  ............................................................................................... |
| 7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? | - tak - nie |

**STRONA 4**

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:............... – WYPEŁNIA REALIZATOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deklaracja bezstronności  **Oświadczam, że:**   1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. | | | |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów  (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU | | | |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D) | - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | ....................../ ......................../ 20.... r. | |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** | | | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie  w zakresie pkt: ........................................................................... | | - tak - nie | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | - tak - nie | |

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*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** |  |

**STRONA 7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ....................... - dotyczy Modułu I | | | | | | | | |
| **I.** | **KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała** | | | **Liczba punktów** | | **Maksymalna liczba punktów** | **Punktacja nr 1 wniosku** | **Punktacja nr 2 wniosku** |
| **1** | **Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:** | | | | | | | |
|  | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | | | 10 |  | |  |  |
| a) | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | | | 5 |  | |  |  |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą **znaczny** stopień niepełnosprawności | | | 5 | **20** | |  |  |
| c) | niepełnosprawność podopiecznego jest **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b | | | 5 |  | |  |  |
| **2** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | | | | |
| a) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej | | **55** | |  | |  |  |
| b) | podopieczny pobiera naukę w gimnazjum | | 50 | | **70** | |  |  |
| c) | podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej | | 40 | |  | |  |  |
| d) | podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a | | **70** | |  | |  |  |
| **3** | **Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:** | | | | | | | |
| a) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2**  – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) | | 5 | | **5** | |  |  |
| **4** | **Inne kryteria:** | | | | | | | |
| a) | osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat) | | **30** | |  | |  |  |
| b) | Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | 1 | |  | |  |  |
| c) | Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | | 1 | |  | |  |  |
| d) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne**  w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | – w przypadku jednej osoby | 1 | | **60** | |  |  |
|  | ***(jeden przypadek do wyboru*)** | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 5 | |  | |  |  |
| e) | szczególne **utrudnienia** Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku) | | 2 | |  | |  |  |
| f) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo | | **20** | |  | |  |  |
| g) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C** **Zadanie nr 1**  - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter*** | | - 20 | |  | |  |  |
| h) | wniosekbył **kompletny** w dniu przyjęcia | | 1 | |  | |  |  |
| **II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)** | | | **maksymalnie 155** | | | |  |  |
| **III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi: .........................................................** | | | | | | | | |

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

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

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

**STRONA 8**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.............................................................................  **negatywna**:w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:............................................................................ | | | |
| 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. | | | |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w** **zł):** | | | |
| Obszar A – Zadanie nr 1 | Obszar B – Zadanie nr 1 | | Obszar B – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | | ................................................... zł |
| Obszar C – Zadanie nr 1 | | Obszar C – Zadanie nr 2 | |
| ................................................... 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

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*