

Nr sprawy:

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

 *Wypełnia Realizator programu program finansowany ze środków PFRON*

 WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu Zał. 2a

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 )

|  |  |
| --- | --- |
|  Moduł I  |  |
|  Obszar A – Zadanie nr 1  |  Obszar A – Zadanie nr 2 |  |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B |  Moduł II |
|  Obszar B – Zadanie nr 1 |  Obszar B – Zadanie nr 2 | pomoc w uzyskaniu |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania  | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | wykształcenia na |
|  Obszar C – Zadanie nr 1 |  Obszar C – Zadanie nr 2 | poziomie wyższym |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |  |
|  Obszar C – Zadanie nr 3 |  Obszar C – Zadanie nr 4 |  |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |  |
|  Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej |  |

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia ..............................r. Dowód osobisty seria ........................ numer ............................... wydany w dniu.........................................................r.  przez................................................................................................................................ Płeć: kobieta   mężczyzna PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólne |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** –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 lokalu ................................Powiat .....................................................................Województwo ........................................................ |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):  | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu................... nr tel. komórkowego:..........................................................e’mail (*o ile dotyczy*): ......................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **Realizator programu** - PFRON - inne, jakie: |

#### **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.pcpr.sejny.pl)

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
| 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .............................................. bezterminowo |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
|  **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  |  **obu** kończyn górnych   **jednej** kończyny górnej |
|  **obu** kończyn dolnych |  **jednej** kończyny dolnej | innym |
| **Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **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 |
|  | AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA  |
| **niezatrudniona/y: od dnia:**........................... **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy zarejestrowany w UP** |
| ** zarejestrowana/y: od dnia:......................** **zatrudniona/y: od dnia:**...................... **do dnia:** .......................................... **na czas nieokreślony inny, jaki: ....................................................** | **Nazwa pracodawcy**: .................................................**Adres miejsca pracy**: ............................................... |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracęstosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracęumowa cywilnoprawnastaż zawodowy | ....................................................................................**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**: .......................................................................................... |

**STRONA 3**

|  |
| --- |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE  |
| podstawowe  | gimnazjalne  | zawodowe  |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie:  |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA  | LICEUM  | TECHNIKUM  |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM  | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA     PODYPLOMOWE | STUDIA     DOKTORANCKIE |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE  |  **nie dotyczy** |
| **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA** **Nazwa szkoły** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...........................**Miejscowość** ...................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ................................**Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** .....................................................................................  |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**: |  |  |

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

**STRONA 4**

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU** – **dot. tylko Modułu I**

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)
 | ................................................................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................ ................................................................................................................  |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. |  - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  |
| 3) 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)? |  - 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 aktywny zawodowo Wnioskodawca 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 do 3 lat wstecz (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 25 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. |  - nie - nie dotyczy - tak (proszę opisać):........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 6) 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 |
| 1. 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 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. |  - tak - nie................................................................................................................................................................................................................................ |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................. – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU STRONA 7**

|  |
| --- |
| **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 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 (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)  |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - 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 pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

***pieczątka 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** |  |

**STRONA 8**

|  |
| --- |
| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ....................... – dotyczy Modułu I |
|  | **KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała** | **Liczba punktów**  | **Maksymalna liczba punktów** | **Punktacja nr 1 wniosku**  | **Punktacja nr 2 wniosku**  |
| **1** | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:** |
| a) | stopień niepełnosprawności | znaczny (I grupa inwalidzka)  | 10 |  |  |  |
|  | *(jeden stopień do wyboru*) | umiarkowany (II grupa inwalidzka)  | 5 |  |  |  |
| b) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome  | 10 |  |  |  |
|  | 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 | **30** |  |  |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome  | 5 |  |  |  |
| d) | występuje niepełnosprawność **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c  | 5 |  |  |  |
| **2** | **Aktywność zawodowa:** |
| a) | osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy | **15** | **25** |  |  |
| b) | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) | 10 |  |  |  |
| **3** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** |
| a) | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | **70** |  |  |  |
| b) | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie) | 65 |  |  |  |
| c) | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)  | 60 | **70** |  |  |
| d) | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej  | **55** |  |  |  |
| **4** | **Miejsce zamieszkania:** |
| a | **dotyczy wyłącznie Obszaru C** **Zadanie nr 1 i 2**  – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) | 5 | **5** |  |  |
| **5** | **Inne kryteria:** |
| a) | Wnioskodawca **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | 5 |  |  |  |
|   d) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | – w przypadku jednej osoby  | 5 |  |  |  |
|  | ***(jeden przypadek do wyboru*)** | – w przypadku więcej niż jedna osoba  | 10 | **45** |  |  |
| e) | **szczególne utrudnienia Wnioskodawcy** (pkt 3.8 wniosku) | 5 |  |  |  |
| f) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia  | **20** |  |  |  |
| g)g) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C** **Zadanie nr 1** - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter*** | - 20 |  |  |  |
| h) | wniosek był  **kompletny** w dniu przyjęcia | 5 |  |  |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | **maksymalnie 175** | ................ | .................... |
| **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 9**

|  |
| --- |
| **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):** |
|  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1  |  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 |  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 |  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 |  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3 |  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 |  Moduł I Obszar D |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR A – Zadanie nr 2** |
| Koszty kursu i egzaminów: | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: |
| ................................................... zł | ......................................................... zł |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I****OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4** |
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: |
| ................................................... zł | ......................................................... zł |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu II** |
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: |
| ................................................... 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:*