

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

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca w na rzecz podopiecznego) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

### MODUŁ I

#### OBSZAR A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

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.

#### 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..... ważny do: ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Płeć:  kobieta  mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

ulica .....

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

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

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  - Realizator programu  - PFRON

- inne, jakie: .....

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

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

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

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -   .....  
(pocztą)

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 życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:  **NARZĄD WZROKU 04-O**

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

 osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*): 01-**U** upośledzenie umysłowe 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego 11-**I** inne - **OSOBA GŁUCHA** 02-**P** choroby psychiczne 06-**E** epilepsja 08-**T** choroby układu pokarmowego 10-**N** choroby neurologiczne 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

**OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej: .....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....

**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: ..... stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

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: 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



## 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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20.... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: .....

KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka) lub osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia	10	10	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
<b>2 Aktywność zawodowa:</b>					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		5	15	
b)	osoba zatrudniona		10		
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące studia (bez względu na poziom i formę)		25	25	
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		10		
c)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole podstawowej, gimnazjum		5		
<b>4 Przedmiot dofinansowania:</b>					
a)	Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu		5	15	
b)	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B		5		
c)	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania		5		
d)	Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania		5		
e)	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej wózka o napędzie elektrycznym		5		
f)	Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne		15		
g)	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne		5		
h)	Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej		5		
<b>5 Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	35	
b)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5		
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10		
c)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt. 3.6 wniosku)		od 0 do 10		
d)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		od 0 do 10		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>			<b>maksymalnie 100</b>	.....	.....
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b>					
<b>Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../20.....r. (o ile dotyczy)</b>					

## OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Pieczątką imienną, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
	.....	.....	.....

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

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON WNIOSKU nr: .....**pozytywna: negatywna: Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

..... zł (słownie: .....) )

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: