Wniosek złożono w ..... w dniu	Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P" – część A *(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)*

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

MODUŁ I

OBSZAR B – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

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 Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE

Imię.....**Nazwisko**..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... ważny do: ..... **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Stan cywilny**: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)

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 ☐☐-☐☐☐..... (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 oraz www.hrubieszow.naszepcpr.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**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** .....

☐ **na czas nieokreślony** ☐ **inny, jaki:** .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

.....

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ umowa cywilnoprawna

☐ staż 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: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
☐ 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 / MOPR / oddz. PFRON?	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: 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** 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 (proszę wskazać związek udzielenia dofinansowania z możliwością podniesienia jakości wykonywanej pracy lub poziomu wykształcenia, w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego. W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w latach poprzednich należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania).	.....
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 ☐ - 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 (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): .....
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 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak ☐ - nie .....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	**ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)***
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
RAZEM	

5. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

☐ NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe: .....

.....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: ☐ NIE ☐ TAK **w ..... roku w ramach .....**

a także w ..... roku w ramach .....

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	**Kwota wnioskowana (w zł)**

** - należy zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Hrubieszowie oraz nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora ☐ tak - ☐ nie,
2. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz, że wszystkie informacje zawarte we wniosku o dofinansowanie i w załącznikach do tego wniosku, są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym,
3. przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie spełniam warunki uczestnictwa w programie,
5. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję

do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.hrubieszow.naszepcpr.pl,

6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 10% ceny brutto),
8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
10. 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,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia ...../ ...../ 20... r.	..... podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-13)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1do formularza wniosku)*	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR	☐	☐	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 lub 3a do formularza wniosku)*	☐	☐	
5.	Oświadczenie pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (o ile dotyczy) *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)*	☐	☐	
6.	Dokument potwierdzający formę i okres zatrudnienia	☐	☐	
7.	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
9.		☐	☐	
10.		☐	☐	
11.		☐	☐	

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

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	*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*
data, podpis:	*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
1	**Aktywność zawodowa:**				
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy	10	**50**		
b)	osoba zatrudniona	40			
2	**Aktualnie realizowany etap kształcenia:**				
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące studia (bez względu na poziom i formę)	5	**5**		
b)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej	5			
3	**Inne kryteria:**				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5	**45**		
b)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5			
c)	miejsce zamieszkiwania: wieś lub miasto do 5 tys. mieszkańców	5			
d)	osoby poszkodowane w wyniku działań żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10			
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt. 3.6 wniosku)	od 0 do 5			
f)	uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu	od 0 do 10			
g)	wniosek kompletny w dniu złożenia	5			
	RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 3)	**maksymalnie 100**		.....	.....

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.

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.

PRZYZNANA 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

pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę	*pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*
data, podpis:	*data, podpis:*