





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: .....		
ośrodek szkolno-wychowawczy: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		internat: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nauka prowadzi do: <input type="checkbox"/> zdania matury <input type="checkbox"/> uzyskania średniego wykształcenia <input type="checkbox"/> uzyskania zawodu		
Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....		Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		.....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		.....
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		.....
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....	
	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> 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

**STRONA 4**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

**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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową/nauką podopiecznego.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<b>1) Uzasadnienie wniosku</b> (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być <b>potwierdzona w posiadanym orzeczeniu</b> .	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<b>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana</b> (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<b>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne</b> (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
<b>5) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</b> np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....

<p>6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak    <input type="checkbox"/> - nie</p>
--	---

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

Deklaracja bezstronności			
<p><b>Oświadczam, że:</b></p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.</p> <p><b>Zobowiązuję się do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,</li> <li>- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,</li> <li>- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,</li> <li>- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.</li> </ul>			
<p>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku</p>	<p>Data, pieczętka i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie</p>	<p>Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)</p>	<p>Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)</p>

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 (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<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.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>	
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	
--	--

STRONA 8

**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
<b>1</b>	<b>Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:</b>				
a)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	10	25		
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą <b>znaczny</b> stopień niepełnosprawności	10			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5			
<b>2</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej	10	15		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	5			
<b>3</b>	<b>Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:</b>				
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	10	10		
<b>4</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	10	50		
b)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	10			
c)	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	5			
d)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5			
e)	Wnioskodawca poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	20			
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)</b>		<b>maksymalnie 100</b>			

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 30

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
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>  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

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):

<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1,4</b>
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 5</b>
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 5</b>	
..... 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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora  
programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej  
jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: