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

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O”

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

Obszar C

LIKWIDACJA BARIER W PORUSZANIU SIĘ

Zadanie 2

POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl

CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca na rzecz podopiecznego

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

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

☐ samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

☐ wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	**ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)
Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta)
Miejscowość	Miejscowość .....
ulica	ulica .....
Nr domu ..... Nr lok. ..... Powiat	Nr domu ..... Nr lok. .....
Województwo	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:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym"

DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię	Kod pocztowy ☐ ☐-☐ ☐ ☐ ..... (poczta)
Nazwisko	Miejscowość .....
Data urodzenia:..... r.	Ulica .....
PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Nr domu ..... Nr lok. .....
Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie	Powiat .....
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	Województwo .....

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 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	☐ 04-**O** choroby narządu wzroku	☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego	☐ 11-**I** inne
☐ **02-P** choroby psychiczne	☐ **06-E** epilepsja	☐ **09-M** choroby układu moczowo - płciowego	☐ **12-C** całościowe zaburzenia rozwojowe
☐ **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	☐ **07-S** choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 10-N choroby neurologiczne	☐ OSOBA GŁUCHA

.

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: .....

ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** ☐ **nie** ☐	internat: **tak** ☐ **nie** ☐

Nauka prowadzi do: ☐ zdania matury ☐ uzyskania średniego wykształcenia ☐ uzyskania zawodu

Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?	**tak** ☐ **nie** ☐

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 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** ☐ **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 na liście stanowiącej załącznik nr 5 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	....
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)?	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dla podopiecznego dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (tzn. 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 gospodarstwo domowe ucierpiało w skutek klęski żywiołowej bądź zdarzenia losowego? W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę określić jakiego.	☐ - tak ☐ - nie ....
6) Czy występują szczególne utrudnienia? W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę określić jakie.	☐ - tak ☐ - nie ....

.

4. Informacje o posiadanym wózku inwalidzkim

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) ..... w .....roku.

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

☐ NIE ☐TAK **(model, rok produkcji):**

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: ..... roku.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐TAK**, w dniu: ..... r.**

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON:

5.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	**ORIENTACYJNA CENA brutto** *(kwota w zł)*
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	**Orientacyjny koszt (w zł)**	**Kwota wnioskowana (w zł)**
Razem		

7. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku REFUNDACJI
(*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*

Numer rachunku bankowego .....

Nazwa banku .....

.

Oświadczam, że

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Ruda Śląska ☐ tak - ☐ nie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. 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
4. 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,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też 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.

Ruda Śląska, dnia ..... /..... /20……..r. ……..…….....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(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)- *oryginał do wglądu*	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności pozostałych członków rodziny – *oryginał do wglądu*	☐	☐	
5.	Kserokopia dowodu osobistego Wnioskodawcy	☐	☐	
6.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	☐	☐	
7.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	☐	☐	
8.	Karta gwarancyjna posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	☐	☐	
9.	Udokumentowanie faktu poniesienia szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	☐	☐	

.

	Inne dodatkowe załączniki (należy wymienić):			
10.	Udokumentowanie występujących szczególnych utrudnień	☐	☐	
11.				
12.				

CZĘŚĆ B – 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 pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczątki i podpisy pracowników 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	☐ - 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	
8	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	☐ - tak ☐ - nie	
9	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ ...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ **pozytywna**	☐ **negatywna**

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.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

	KRYTERIA OCENY WNIOSKU (gwiazdką oznaczono kryteria preferencyjne)	*Liczba punktów*	*Maksymalna liczba punktów*	*Punktacja nr 1 wniosku*	*Punktacja nr 2 wniosku*
1	**Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:**				
a)	osoba z brakiem /dysfunkcją czterech kończyn	25	**30**		
	osoba z brakiem /dysfunkcją trzech kończyn	20			
	osoba z brakiem /dysfunkcją dwóch kończyn	10			
	osoba z brakiem /dysfunkcją jednej kończyny	5			
b)	osoba, u której występuje niepełnosprawność sprzężona	5			
2	**Aktywność zawodowa/ Aktualnie realizowany etap kształcenia:**				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej, prowadzącą do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia, zdania matury	50	**65**		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	30			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	10			
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a lub we wniosku zadeklarowano kontynuację nauki/edukacji na poziomie wyższym od dotychczasowego	65			
3	**Inne kryteria:**				
a)	Podopieczny Wnioskodawcy był osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych *	15	**55**		
b)	Wniosek dotyczy utrzymania sprawności technicznej wózka, który został zakupiony z dofinansowaniem ze środków PFRON	10			
c)	Podopieczny Wnioskodawcy w ciągu ostatnich 5 lat nie uzyskał żadnej pomocy ze środków PFRON	5			
d)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	5			
e)	W skład gospodarstwa domowego wnioskodawcy/podopiecznego wchodzą dodatkowe osoby niepełnosprawne	5			
f)	Wnioskodawca udokumentował występowanie szczególnych utrudnień	5			
g)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	10			
	RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 3)	**maksymalnie 150**		……	……

Minimalna liczba punktów, umożliwiająca bieżące udzielenie dofinansowania wynosi: 90.

Realizacja wniosków, które nie uzyskały minimalnej liczby punktów uzależniona będzie od możliwości wynikających z ostatecznej puli środków PFRON przekazanych realizatorowi programu

	Liczba punktów ogółem	**Proponowana kwota dofinansowania** *(w złotych)*
Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	……	……

.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

w ramach obszaru C zadanie 2 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):

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Ruda Śląska, dnia…… …20……r. …… ……

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:*

.