

Uchwała nr 14/99/2019
Zarządu Powiatu Mieleckiego
z dnia 26 lutego 2019 r.

w sprawie przyjęcia zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz wzoru wniosku o dofinansowanie

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 32 ust. 1, art. 33 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 995 z póź. zm.)

uchwała się co następuje:

§ 1

Przyjmuje się:

- 1) zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszej uchwały,
- 2) wzór wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, stanowiący załącznik nr 2a i 2b do niniejszej uchwały,

§ 2

Traci moc uchwała nr 148/1090/2018 Zarządu Powiatu Mieleckiego z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz wzoru wniosku o dofinansowanie.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

1. Przewodniczący Zarządu

Stanisław Lonczak

2. Wicestarosta Powiatu

Andrzej Bryła

3. Członek Zarządu

Andrzej Chrabąszcz

4. Członek Zarządu

Zbigniew Działowski

5. Członek Zarządu

Maciej Jemiolo

Uzasadnienie

do projektu uchwały Zarządu Powiatu Mieleckiego w sprawie przyjęcia zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz wzoru wniosku o dofinansowanie

Na podstawie umowy nr AS3/000036/09/D z dnia 24 kwietnia 2018 r. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych powierzył Powiatowi Mieleckiemu realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na terenie Powiatu Mieleckiego. Jednostką bezpośrednio realizującą zadania w ramach ww. programu jest PCPR w Mielcu. Głównym celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji w tym:

- 1) przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego,
- 2) przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,
- 3) umożliwianie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie,
- 4) poprawa szans beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji,
- 5) wzrost kompetencji osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pracowników lub pracujących na rzecz jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowych.

W dniu 20 lutego 2018 r. uchwałą Nr 148/1090/2018 Zarząd Powiatu Mieleckiego przyjął zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz wzoru wniosku o dofinansowanie.

W dniu 29 stycznia 2019 r. Zarząd PFRON przyjął uchwałę nr 4/2019 określającą kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 r. Ww. dokument wprowadził modyfikację zasad obowiązujących przy realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w roku 2019. Powiat Mielecki jako realizator programu zobowiązany jest do stosowania dokumentów PFRON oraz uwzględniania ich treści w uregulowaniach wewnętrznych mających zastosowanie przy realizacji programu „Aktywny samorząd”. W związku z powyższym zachodzi potrzeba wprowadzenia zasad odpowiadających założeniom określonym przez PFRON.

Rada Nadzorcza PFRON w 2019 r. wprowadziła zmiany w pilotażowym programie Aktywny Samorząd polegające na umożliwieniu uzyskania pomocy kolejnej grupie osób wykluczonych w dostępie do komunikacji i informacji, a także osób mających problemy z poruszaniem się. **Osoby z dysfunkcją słuchu** otrzymają pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, szkoleniu z obsługi nabytego w programie sprzętu elektronicznego. Kolejna grupa **osób z dysfunkcją narządu wzroku (z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności)** otrzyma wsparcie w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, szkoleniu z obsługi nabytego w programie sprzętu elektronicznego. **Kolejna grupa osób z dysfunkcją narządu ruchu** otrzyma wsparcie w zakupie skutera o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, uzyskaniu prawa jazdy także innych kategorii niż „B”.

W roku 2019 w ramach programu „Aktywny samorząd” będą realizowane następujące moduły, obszary i zadania:

- 1) Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym:

- a) Obszar A – likwidacja bariery transportowej:
 - Zadanie 1 oraz Zadanie 4: pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
 - Zadanie 2 oraz Zadanie 3: pomoc w uzyskaniu prawa jazdy,
 - b) Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:
 - Zadanie 1, Zadanie 3 oraz Zadanie 4: pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,
 - Zadanie 2: dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,
 - Zadanie 5 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego,
 - c) Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się:
 - Zadanie 2: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
 - Zadanie 3: pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości,
 - Zadanie 4: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości),
 - Zadanie 5: pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
 - d) Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej,
- 2) Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Program w całości finansowany jest ze środków PFRON. Realizacja programu nie wymaga angażowania środków własnych Powiatu. Środki na jego realizację, obsługę, promocję i ewaluację są corocznie przekazywane na podstawie aneksu do ww. umowy. Termin podpisania aneksu mija w dniu 26 kwietnia 2019 r.

Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz wzór wniosku o dofinansowanie stanowiące załącznik do niniejszej uchwały zostały dostosowane do dokumentów PFRON obowiązujących w tym zakresie w roku 2019 r.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
Beata Karpińska
Beata Karpińska

Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

I. Zasady ogólne

1. Warunki dofinansowania w ramach wniosku dla osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie wyznacza każdego roku PFRON w dokumencie pn. „Kierunki działań programu oraz warunki brzegowe obowiązujące Realizatorów programu”.
2. Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie muszą spełniać łącznie wszystkie, obowiązujące warunki uczestnictwa w programie, w tym wskazane w rozdziale VI Pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz w dokumencie, o którym mowa w ust. 1.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami stosuje się wprost zapisy dokumentów, o których mowa w ust. 1 i ust. 2.
4. Pracownicy PCPR w Mielcu odpowiedzialni za realizację poszczególnych etapów procesu rozpatrywania wniosku, jak też ewentualnie powołani eksperci:
 - 1) są niezależni co do treści swoich opinii, zobowiązani są spełniać swoje funkcje zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
 - 2) do każdego rozpatrywanego wniosku składają deklarację bezstronności (w formule przewidzianej w odpowiedniej rubryce formularza wniosku); nie podpisanie deklaracji bezstronności pozbawia możliwości rozpatrywania/ opiniowania danego wniosku,
 - 3) zobowiązani są do wyłączenia się od rozpatrywania sprawy, która dotyczy jego osobiście, jego małżonka, wstępnego albo zstępnego, rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, a także w każdym innym przypadku zaistnienia okoliczności, które mogą wywołać wątpliwości co do jego bezstronności,
 - 4) zobowiązani są do ochrony danych osobowych przekazanych przez Wnioskodawców.
5. Dokumenty dostarczane przez Wnioskodawcę, muszą być rejestrowane w dzienniku korespondencji i opatrzone pieczęcią z datą wpływu.
6. Prawidłowo zaadresowana korespondencja do Wnioskodawcy, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana jest za doręczoną.
7. W przypadku zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy wekslem własnym in blanco wystawionym przez beneficjenta pomocy i opatrzonym klauzulą „bez protestu” wraz z deklaracją wekslową, weksel wraz z deklaracją wekslową będzie przechowywany w siedzibie PCPR w Mielcu.

II. Wniosek o dofinansowanie

1. Podstawą decyzji o przyznaniu osobie niepełnosprawnej dofinansowania jest wniosek o dofinansowanie wraz z załącznikami, które potwierdzają możliwość uczestnictwa w programie. Za kompletny wniosek uważa się wniosek zawierający wszystkie wymagane dane wraz z kompletem wymaganych załączników.
2. Podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej dofinansowania są informacje aktualne na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem wniosków wnioskodawców

zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych - w tym przypadku podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania dofinansowania są informacje aktualne na dzień uzupełnienia wniosku.

3. Wniosek o dofinansowanie musi zawierać co najmniej następujące dane, w tym stanowiące podstawę utworzenia i aktualizacji bazy danych, zgodnie z wymaganiami PFRON:
 - 1) Moduł, Obszar i Zadanie programu, w ramach którego wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie,
 - 2) dane personalne wnioskodawcy i osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy oraz ich nr PESEL,
 - 3) cechy dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy,
 - 4) dane teleadresowe wnioskodawcy i osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy,
 - 5) stan prawny i rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, wynikający z orzeczenia potwierdzającego status osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy,
 - 6) informacje dotyczące aktywności zawodowej i/lub aktualnie realizowanego etapu kształcenia osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy,
 - 7) rodzaj gospodarstwa domowego (samodzielne/wspólne) oraz wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu,
 - 8) specyfikację przedmiotu dofinansowania, w przypadku modułu I - wraz z orientacyjnym kosztem planowanym do dofinansowania ze środków PFRON,
 - 9) wysokość kwoty wnioskowanej,
 - 10) uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu,
 - 11) oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków przeznaczonych na udział własny (o ile dotyczy),
 - 12) informacje dotyczące korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie (zadanie w ramach którego udzielono wsparcia, wysokość i przedmiot dofinansowania, numer i data zawarcia umowy, termin jej rozliczenia),
 - 13) oświadczenie wnioskodawcy, iż nie ubiega się i nie będzie w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
4. Do wniosku o dofinansowanie muszą być dołączone co najmniej następujące załączniki:
 - 1) kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia),
 - 2) kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
 - 3) kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
 - 4) klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych,
 - 5) oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek,oraz w przypadkach tego wymagających:
 - 6) zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia /niepełnosprawności osoby

niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku – Realizator może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały oraz został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie),

- 7) oferta cenowa – dotyczy obszarów modułu I obszar A, B i C,
 - 8) oświadczenie lub inny dokument wskazujący na występowanie barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się, a w przypadku korzystania z usług przewodnika, tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej do wniosku należy dołączyć oświadczenie osoby pełniącej tę funkcję – dotyczy modułu II.
5. Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności - pełnomocnictwo wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.
 6. Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do PCPR w Mielcu informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
 7. W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
 8. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z aktywnością zawodową i nauką wnioskodawcy/podopiecznego wnioskodawcy.

III. Terminy składania wniosków o dofinansowanie

1. Wnioski o dofinansowanie przyjmowane są w trybie ciągłym z zastrzeżeniem, że:
 - 1) w ramach Modułu I wnioski przyjmowane są do 31 sierpnia danego roku realizacji programu,
 - 2) w ramach Modułu II wnioski przyjmowane są odpowiednio do 30 marca i 10 października danego roku realizacji programu.
2. Terminem rozpoczęcia przyjmowania wniosków jest dzień 1 marca danego roku.
3. Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpłynięcia do PCPR w Mielcu, a w przypadku wniosków składanych drogą pocztową, datę stempla pocztowego.
4. PCPR w Mielcu ma prawo podjęcia decyzji o przywróceniu wnioskodawcy określonego terminu (np. terminu złożenia wniosku lub dokumentów rozliczeniowych).

5. Wnioski złożone po terminie naboru, wnioski rozpatrzone negatywnie oraz wnioski niezrealizowane z powodu wyczerpania środków finansowych nie podlegają rozpatrzeniu w roku następnym.
6. Wnioski ocenione pozytywnie a nie objęte dofinansowaniem z powodu wyczerpania w danym roku środków finansowych na realizację programu, mogą być objęte dofinansowaniem w przypadku otrzymania w danym roku dodatkowych środków finansowych na realizację programu.
7. Wnioski w ramach Modułu II złożone po terminie naboru tj. po 10 października danego roku będą rozpatrzone po otrzymaniu dodatkowych środków otrzymanych po złożeniu zapotrzebowana dodatkowego tj. po dniu 4 grudnia danego roku.

IV. Weryfikacja formalna i merytoryczna wniosków

1. PCPR w Mielcu weryfikuje wnioski pod względem formalnym i merytorycznym. Weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosku dokonuje się na podstawie dokumentów dołączonych przez wnioskodawcę do wniosku, danych i informacji wynikających z wniosku, posiadanych przez PCPR w Mielcu i PFRON zasobów oraz ustaleń dokonanych w trakcie weryfikacji wniosku.
2. Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika PCPR w Mielcu, czy wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie. Ocenie formalnej podlega:
 - 1) spełnianie przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy wszystkich kryteriów uprawniających do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania,
 - 2) dotrzymanie przez wnioskodawcę terminu na złożenie wniosku,
 - 3) zgodność zgłoszonego we wniosku przedmiotu dofinansowania z zasadami wskazanymi w programie,
 - 4) kompletność i poprawność danych zawartych we wniosku, zgodność wniosku oraz wymaganych załączników,
 - 5) wypełnienie wymagalnych rubryk we wniosku i załącznikach do wniosku,
 - 6) zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego - w trakcie weryfikacji sprawdzane jest czy wniosek został podpisany przez osoby do tego uprawnione.
3. Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które zmieszczą się w limicie środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację poszczególnych obszarów programu.
4. Czynności związane z weryfikacją wniosku powinny być rejestrowane w odpowiednich rubrykach formularza wniosku. Zakończenie i efekt tych czynności powinny potwierdzać pieczętki, daty i podpisy właściwych pracowników.
5. Wnioskodawcy, któremu odmówiono przyznania środków finansowych w wyniku uchybień ze strony PCPR w Mielcu przy weryfikacji formalnej wniosku, przysługuje prawo zwrócenia się z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
6. W terminie 10 dni roboczych od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie PCPR w Mielcu informuje osobę, która złożyła wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
7. Wniosek o dofinansowanie podlega rozpatrzeniu w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Wnioski składane w ramach modułu II rozpatrywane są w dwóch cyklach:

- 1) Cykl I – wnioski złożone do dnia 30 marca danego roku realizacji programu rozpatrywane są do dnia 30 maja danego roku realizacji programu,
 - 2) Cykl II – wnioski złożone do dnia 10 października danego roku realizacji programu, rozpatrywane są do dnia 30 listopada danego roku realizacji programu.
9. W ramach oceny merytorycznej przyznawana jest ocena punktowa wg. kryteriów stanowiących załącznik nr 1 do niniejszych zasad. Ocenione merytorycznie wnioski szeregowane są na liście rankingowej, według kolejności wynikającej z uzyskanej oceny. Wzór listy rankingowej stanowi załącznik nr 2 do niniejszych zasad.
 10. Dofinansowaniem mogą zostać objęte wnioski, które w wyniku oceny merytorycznej otrzymały **min. 6 pkt.**
 11. W przypadku objęcia dofinansowaniem wszystkich wniosków złożonych w danym roku realizacji programu i dysponowania wolnymi środkami PFRON dopuszcza się objęcie dofinansowaniem również wniosków, które w wyniku oceny merytorycznej otrzymały mniej niż 6 pkt.
 12. Dofinansowaniem zostają objęte wnioski, które w wyniku oceny merytorycznej otrzymały najwyższą ilość punktów, z zastrzeżeniem ust. 11.
 13. W przypadku, gdy z uwagi na niewystarczającą ilość środków finansowych nie mogą zostać zrealizowane wszystkie wnioski, które w wyniku oceny merytorycznej otrzymały taką samą ilość punktów dofinansowanie otrzymują:
 - 1) w pierwszej kolejności osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (pierwszeństwo mają osoby z najniższymi dochodami),
 - 2) w drugiej kolejności osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (pierwszeństwo mają osoby z najniższymi dochodami),

V. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

1. Decyzję o przyznaniu lub bądź odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje Dyrektor PCPR w Mielcu. Decyzja powinna być rejestrowana w odpowiedniej rubryce formularza wniosku wraz z datą jej podjęcia, pieczęcią i podpisem osoby podejmującej decyzję.
2. Wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację każdego wniosku o dofinansowanie nie może przekroczyć:
 - 1) maksymalnej kwoty dofinansowania, określonej przez PFRON dla danego przedmiotu dofinansowania,
 - 2) wysokości określonego przez PFRON udziału środków finansowych PFRON w dofinansowanym zakupie lub kosztach usługi (o ile dotyczy),
 - 3) kwoty wnioskowanej przez Wnioskodawcę.
3. W przypadku Modułu I Obszar B zadanie 1:
 - 1) maksymalna wysokość dofinansowania w ramach Modułu I obszaru B zadanie nr 1, zadanie nr 3 i zadanie nr 4 do zakupu laptopa oraz komputera stacjonarnego (wraz z monitorem, klawiaturą i myszką) bez specjalistycznego oprzyrządowania i oprogramowania wynosi – 90% ceny nie więcej niż **2 000 zł**,
 - 2) o dofinansowanie urządzenia wielofunkcyjnego lub drukarki mogą ubiegać się osoby uczące się w szkole podstawowej, gimnazjum, w szkole średniej, policealnej, wyższej lub w specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych, które ukończyły 6 lat oraz osoby aktywne zawodowo,
 - 3) w przypadku osób niepełnoletnich o dofinansowanie zakupu komputera stacjonarnego, laptopa, telefonu, smartphonu lub tabletu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne uczące

- się w szkole podstawowej, gimnazjum, w szkole średniej, policealnej, wyższej lub w specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych, które ukończyły 6 lat,
- 4) maksymalna wysokość dofinansowania do zakupu tabletu bez specjalistycznego oprzyrządowania i oprogramowania wynosi – 90% ceny nie więcej niż **1 000 zł**,
 - 5) maksymalna wysokość dofinansowania do zakupu telefonu, smartphonu bez specjalistycznego oprzyrządowania i oprogramowania wynosi – 90% ceny nie więcej niż **500 zł**,
 - 6) dofinansowanie nie obejmuje pakietów oprogramowania biurowego, które może być zamiennie zastąpione oprogramowaniem darmowym.
4. Wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację wniosków o dofinansowanie w module II ustalana jest według kolejności:
- 1) w pierwszej kolejności opłaty za naukę (czesne) oraz opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego, następnie w miarę dysponowania środkami PFRON:
 - 2) dodatki na pokrycie kosztów kształcenia oraz dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego, przy czym:
 - a) wysokość dodatku na pokrycie kosztów kształcenia dla osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności wynosi 1 000 zł,
 - b) wysokość dodatku na pokrycie kosztów kształcenia dla osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności wynosi 900 zł,
 - c) wysokość dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego wynosi 4 000 zł,
 - 3) zwiększenie dodatku w przypadku barier w poruszaniu się (dotyczy osób poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób niewidomych i niedowidzących korzystających z usług przewodnika) oraz barier w komunikowaniu się (dotyczy osób korzystających z usług asystenta osoby niepełnosprawnej), przy czym zwiększenie wynosi 700 zł,
 - 4) zwiększenie dodatku z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania, przy czym wysokość zwiększenia wynosi 500 zł,
 - 5) zwiększenie dodatku dla wnioskodawców posiadających aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny, przy czym zwiększenie wynosi 300 zł,
 - 6) zwiększenie dodatku dla wnioskodawców pobierających naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach studiów/nauki wynosi 300 zł,
 - 7) zwiększenie dodatku dla wnioskodawców studiujących w przyspieszonym trybie wynosi 200 zł,
 - 8) zwiększenie dodatku dla wnioskodawców którzy zostali poszkodowani w 2018 r lub w 2019 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, przy czym zwiększenie wynosi 300 zł,
 - 9) zwiększenie dodatku dla wnioskodawców korzystającego z usług tłumacza języka migowego wynosi 300 zł
5. Dodatki i zwiększenia, o których mowa w ust. 4 pkt. 2-9, mogą zostać odpowiednio zmniejszone stosownie do ilości środków PFRON, którymi dysponuje Powiat Mielecki z zastrzeżeniem, że każdy wnioskodawca otrzymuje dodatek lub zwiększenie w takiej samej wysokości.
6. W przypadku osób, o których mowa w ust. 4 pkt 3) i pkt. 9) należy udokumentować spełnianie określonych przesłanek oświadczeniem lub innym dokumentem wskazującym na występowanie barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się. W przypadku korzystania z usług przewodnika, tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej do wniosku należy dołączyć oświadczenie osoby pełniącej tą funkcję.
7. PCPR w Mielcu informuje wnioskodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 10 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku.

8. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.
9. Kwota dofinansowania przyjmowana jest w pełnych złotych, zaokrąglonych na zasadach ogólnych.
10. Decyzja o przyznaniu dofinansowania jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.
11. W przypadku przyznania dofinansowania realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Powiatem Mieleckim i wnioskodawcą.
12. Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.

VI. Umowa dofinansowania i jej rozliczenie

1. Po zawarciu umowy w sprawie realizacji programu pomiędzy PFRON a Powiatem Mieleckim i przekazaniu Powiatowi Mieleckiemu środków PFRON na realizację programu, z beneficjentami pomocy zawierane są umowy dofinansowania, określające w szczególności:
 - 1) strony umowy (w przypadku wnioskodawcy – także seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wraz z datą jego wydania, nazwą organu wydającego ten dokument oraz datą ważności tego dokumentu),
 - 2) cel udzielenia dofinansowania – zgodnie z celami programu,
 - 3) źródło pochodzenia środków finansowych przekazanych w ramach umowy dofinansowania (PFRON),
 - 4) kwotę dofinansowania ze środków PFRON i jej przeznaczenie,
 - 5) wysokość udziału własnego Wnioskodawcy (o ile dotyczy),
 - 6) sposób przekazania dofinansowania przez PCPR w Mielcu,
 - 7) sposób zabezpieczenia udzielonego dofinansowania i prawidłowości realizacji umowy,
 - 8) terminy: wykorzystania dofinansowania i dostarczenia do PCPR w Mielcu dokumentów rozliczeniowych, w tym potwierdzenia odbioru dofinansowanego sprzętu/usługi,
 - 9) warunki i termin zwrotu dofinansowania w przypadku niedotrzymania przez beneficjenta pomocy zobowiązań wynikających z umowy,
 - 10) termin i sposób rozliczenia środków przekazanych przez PCPR w Mielcu wnioskodawcy (o ile dotyczy),
 - 11) zasady przeprowadzania kontroli wykorzystania środków PFRON przez PFRON i/lub PCPR w Mielcu,
 - 12) zobowiązania beneficjenta pomocy wynikające z otrzymania dofinansowania ze środków PFRON.
2. Przekazanie przyznanych środków finansowych następuje:
 - 1) na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu / usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez beneficjenta pomocy faktury VAT,
lub
 - 2) na wskazany rachunek bankowy wnioskodawcy - do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanie terminu i sposobu rozliczenia przekazanych środków), co dotyczyć może wyłącznie:
 - a) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 2 i Zadanie 3, Obszar B - Zadanie nr 2 i Zadanie 5, Obszar C - Zadanie nr 2 i Zadanie nr 4, Obszar D,
 - b) Modułu II.

3. Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy wyłącznie do beneficjenta pomocy.
4. Faktury VAT (lub inne dowody księgowo, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego np. przez uczelnię, szkołę, przedszkole lub żłobek, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) przedłożone w celu rozliczenia dofinansowania, muszą być sprawdzone przez PCPR w Mielcu pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym oraz opatrzone klauzulą „**opłacono ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w kwocie: - umowa nr: ...**”.
5. W przypadku, gdy beneficjent pomocy przedłoży dokumenty, o których mowa w ust. 4 wystawione w języku innym niż język polski, w których walutą rozliczeniową jest waluta inna niż polski złoty (PLN), zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego (PCPR w Mielcu nie refunduje kosztów związanych z tłumaczeniem tych dokumentów). Płatność przez PCPR w Mielcu kwoty dofinansowania może nastąpić wówczas według kursu sprzedaży danej waluty w Banku Gospodarstwa Krajowego z dnia dokonania płatności.
6. Zwrotowi, na wskazany przez PCPR w Mielcu rachunek bankowy, podlega:
 - 1) kwota dofinansowania przekazana na rachunek bankowy beneficjenta pomocy w części, która nie została uznana przez PCPR w Mielcu podczas rozliczenia przyznanego dofinansowania, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez PCPR w Mielcu na rachunek bankowy beneficjenta pomocy – w terminie wskazanym w skierowanej do beneficjenta pomocy pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej części dofinansowania (wezwanie do zapłaty),
 - 2) część dofinansowania niewykorzystana przez beneficjenta pomocy – w terminie wskazanym przez PCPR w Mielcu w umowie dofinansowania.
7. Zwrot środków finansowych w terminie późniejszym niż określony zgodnie z ust. 6 pkt 2, powoduje naliczenie odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.
8. W przypadku wykorzystania całości lub części dofinansowania niezgodnie z przeznaczeniem, beneficjent pomocy jest zobowiązany, w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, do zwrotu całości lub części nieprawidłowo wykorzystanego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez PCPR w Mielcu na rachunek bankowy beneficjenta pomocy - do dnia ich zwrotu, na wskazany rachunek bankowy.
9. Odsetek, o których mowa w ust. 6 pkt 1 nie nalicza się w przypadku gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od beneficjenta pomocy.
10. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu lub wykonania usług zakupionych lub wykonanych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem przez beneficjenta pomocy umowy z PCPR w Mielcu, z wyłączeniem przypadków, o których mowa w rozdziale VII ust. 1-3 Pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, uwzględniających możliwość refundacji kosztów. Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, ale w okresie wskazanym w rozdziale VII ust. 3 programu, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także, w przypadku:
 - a) modułu I Obszar A-C (w zadaniach, które przewidują możliwość refundacji, zgodnie z rozdziałem VII ust. 1 programu) - w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją,
 - b) Obszaru D i modułu II - w okresie objętym refundacją kosztów.
11. Umowa dofinansowania może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym w przypadku:

- 1) niewykonania przez beneficjenta pomocy zobowiązań określonych w umowie, a w szczególności: nieterminowego wykonywania umowy, wykorzystania przekazanego dofinansowania na inne cele niż określone w umowie - gdy beneficjent pomocy nie doprowadzi do usunięcia uchybień w terminie określonym przez PCPR w Mielcu, jednak nie dłuższym niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania do usunięcia uchybień,
 - 2) złożenia we wniosku lub w umowie dofinansowania oświadczeń niezgodnych z rzeczywistym stanem,
 - 3) odmowy poddania się przez beneficjenta pomocy kontroli przeprowadzanej przez PFRON i/lub PCPR w Mielcu.
12. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn określonych w ust. 11, beneficjent pomocy zobowiązany jest do zwrotu kwoty przekazanej przez PCPR w Mielcu, z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR w Mielcu płatności tych środków do dnia uregulowania całości włącznie – w terminie określonym w informacji o rozwiązaniu umowy.
13. Jeżeli PCPR w Mielcu podejmie kroki w kierunku odzyskania udzielonego dofinansowania, uprawniony jest do:
- 1) rozwiązania umowy dofinansowania ze wskazaniem powodu wypowiedzenia,
 - 2) określenia wysokości roszczenia, przy czym w sytuacjach, o których mowa w art. 49e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), poprzez wydanie decyzji nakazującej zwrot wypłaconych środków,
 - 3) wyznaczenia terminu zwrotu dofinansowania wraz z odsetkami,
 - 4) wysłania wypowiedzenia listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres beneficjenta pomocy ustalony w umowie dofinansowania.
14. Zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.
15. Spory wynikłe na tle realizacji umowy, rozstrzygane będą przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Powiatu Mieleckiego.
16. Umowa wygasa wskutek śmierci beneficjenta oraz wskutek wypełnienia przez Powiat Mielecki i beneficjenta pomocy zobowiązań wynikających z umowy. Umowę zawiera się na czas określony, w przypadku:
- 1) Modułu I: Obszar A, Obszar C – Zadanie nr 1, Zadanie nr 3 oraz Zadanie 5 - na trzy lata, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
 - 2) Modułu I: Obszar C – Zadanie nr 2, Zadanie nr 4 oraz Obszar B zadanie 5 - do czasu upływu okresu gwarancji udzielonej na przedmiot/usługę wcześniej dofinansowaną,
 - 3) Modułu I: Obszar B – Zadanie nr 1, Zadanie nr 2, Zadanie nr 3 i Zadanie nr 4 - na pięć lat, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
 - 4) Modułu I Obszar D - do dnia 31 grudnia danego roku realizacji programu,
 - 5) Modułu II - do dnia 31 lipca roku następującego po roku, w którym została zawarta umowa, z koniecznością rozliczenia udzielonego dofinansowania (nie dotyczy kwoty dodatku na pokrycie kosztów kształcenia), w terminie wskazanym przez Realizatora.
17. Umowa może być rozwiązana za zgodą stron, w przypadku wystąpienia okoliczności, niezależnych od woli stron, uniemożliwiających wykonanie umowy. W takim przypadku PCPR w Mielcu powiadamia beneficjenta pomocy odrębnym pismem o rozliczeniu lub/i konieczności zwrotu przekazanej kwoty dofinansowania.
18. W ramach programu nie mogą być dofinansowane:
- 1) pożyczki i spłaty rat oraz odsetek,

- 2) koszty poniesione na przygotowanie wniosku,
 - 3) opłaty związane z realizacją umowy zawartej z beneficjentem pomocy,
 - 4) koszty nieudokumentowane.
19. Postanowienia dotyczące realizacji umowy i jej rozliczenia winny być uwzględnione w umowach zawieranych pomiędzy beneficjentem a Powiatem Mieleckim.
20. W przypadku podpisywania umowy przez:
- 1) osoby reprezentujące beneficjenta pomocy,
 - 2) pełnomocników
- informacja o tym powinna być zawarta w treści umowy ze wskazaniem w szczególności: imienia i nazwiska, serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz pełnionej funkcji.
21. Przy zawieraniu umów z beneficjentami pomocy, którzy nie mają możliwości złożenia podpisu i dokonują odcisku palca należy:
- 1) sprawdzić istnienie w dowodzie osobistym klauzuli „*podpis niemożliwy*”,
 - 2) sprawdzić, czy złożone dotychczas dokumenty (wniosek, załączniki, inne) były podpisane za pomocą odcisku palca,
 - 3) przy odcisku palca wpisać imię i nazwisko strony umowy.
22. Po dokonaniu czynności, o których mowa w ust. 21, na egzemplarzu umowy pozostającym w PCPR w Mielcu składają swoje podpisy pracownicy PCPR w Mielcu, w obecności których beneficjent pomocy podpisał umowę - wraz z datą i pieczęcią imienną przy adnotacji „umowę zawarto w obecności:”, przy czym przy zawieraniu umowy wymagana jest obecność dwóch pracowników PCPR w Mielcu.
23. PCPR w Mielcu rozlicza pod względem finansowym i merytorycznym przekazywane środki finansowe PFRON, w ramach tego procesu PCPR w Mielcu dokonuje weryfikacji formalnej i merytorycznej dokumentów rozliczeniowych przedłożonych przez wnioskodawców, z wyjątkiem dodatku na pokrycie kosztów kształcenia w ramach modułu II.
24. W ramach modułu II, osoby z orzeczoną lekką stopniem niepełnosprawności mogą uzyskać pomoc finansową wyłącznie wtedy, gdy spełniają łącznie następujące warunki:
- 1) uczestnicząc w pilotażowym programie „Aktywny samorząd” lub w programie pn. „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” - posiadali znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
 - 2) w trakcie uczestnictwa w programie, o którym mowa w pkt 1, orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności uzyskały nie wcześniej niż po zaliczeniu pierwszego roku nauki, a w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – pierwszego semestru nauki.
25. W sytuacji, o której mowa w ust. 24, pomoc finansowa może być przyznawana wyłącznie do czasu ukończenia przez wnioskodawcę nauki w ramach tej formy kształcenia, w trakcie której nastąpiła zmiana stopnia niepełnosprawności na lekki oraz na poziomie wyznaczonym dla stopnia niepełnosprawności wnioskodawcy, który uprawniał do uczestnictwa w programie.
26. W przypadku, gdy Beneficjent pomocy w ramach Modułu II posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania danego półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, nie później niż łącznie z dokumentami rozliczającymi dofinansowanie przyznane na dane półrocze.
27. Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa w ust. 26, będzie wynikać, iż Beneficjent pomocy nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (przestał być osobą niepełnosprawną w sensie prawnym lub posiada orzeczoną lekką stopniem niepełnosprawności ale nie spełnia warunku wskazanego w ust. 24 pkt 2) wysokość

dofinansowania obniża się proporcjonalnie do liczby dni, w których Beneficjent pomocy nie spełniał tego warunku.

VII. Kontrola

1. PCPR w Mielcu i PFRON mają prawo kontroli wykorzystania przedmiotu dofinansowania oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania i rozliczenia dofinansowania.
2. PCPR w Mielcu ma obowiązek dokonywania kontroli wykorzystania środków PFRON i/lub przedmiotu dofinansowania corocznie – w zakresie obejmującym co najmniej 10% umów zawartych w danym roku.

VIII. Zobowiązania beneficjentów pomocy

1. Beneficjent pomocy jest zobowiązany do:
 - 1) wykorzystania środków dofinansowania zgodnie z przeznaczeniem,
 - 2) umożliwienia PFRON i PCPR w Mielcu przeprowadzenia kontroli,
 - 3) przekazywania na każde wezwanie PCPR w Mielcu lub PFRON informacji dotyczących efektów udzielonego wsparcia, odzwierciedlającej stan faktyczny oraz innych informacji związanych z uczestnictwem w programie,
 - 4) niezwłocznego zawiadomienia PCPR w Mielcu o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację umowy np. o zmianie nazwiska, adresu zamieszkania, utracie przedmiotu dofinansowania,
 - 5) zwrotu środków finansowych w przypadkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanych w rozdziale VI), w tym w ramach Modułu II – w przypadku określonym w rozdziale VI ust. 27,
 - 6) dostarczenia do PCPR w Mielcu:
 - a) w przypadku wszystkich wnioskodawców– pisemnej informacji, przygotowanej zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającej stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
 - b) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 1 i nr 4, Obszar B - Zadanie nr 1, nr 3, nr 4 i nr 5, Obszar C - pisemnego potwierdzenia odbioru przedmiotu dofinansowania odpowiadającego przedstawionej fakturze VAT, w terminie do 30 dni od dnia wydania przedmiotu dofinansowania przez sprzedawcę/ usługodawcę,
 - c) w przypadku Modułu I: Obszar B - Zadanie nr 2, - pisemnego potwierdzenia ukończenia szkolenia,
 - d) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 2 i nr 3 – pisemnej informacji o wyniku szkolenia i egzaminu/ów dotyczących prawa jazdy,
 - e) w przypadku Modułu I: Obszar D - pisemnego potwierdzenia pobytu dziecka w żłobku lub przedszkolu w okresie objętym dofinansowaniem,
 - 7) w przypadku Modułu I: Obszar B - Zadanie nr 1, nr 3 i nr 4 – umieszczenia na zakupionym przedmiocie dofinansowania, przekazanej przez PFRON naklejki zawierającej informację o dofinansowaniu zakupu ze środków PFRON (jeżeli rozmiar przedmiotu dofinansowania to umożliwiwia),
 - 8) w przypadku Modułu I: Obszar A – Zadanie nr 1 i nr 4, Obszar B - Zadanie nr 1, nr 3, nr 4 i nr 5, Obszar C - Zadanie nr 2 i nr 4 - dokonywania na własny koszt niezbędnych napraw i konserwacji przedmiotu dofinansowania,
 - 9) w przypadku Modułu I: Obszar A - Zadanie nr 1 i nr 4, Obszar B – Zadanie nr 1, nr 3 i nr 4, Obszar C:

- a) nieodstępowania, a także nieprzekazywania przedmiotu dofinansowania w innej formie osobom trzecim, w okresie obowiązywania umowy dofinansowania,
 - b) udostępniania przedmiotu dofinansowania w celu umożliwienia PCPR w Mielcu lub PFRON jego oględzin,
 - c) wykorzystywania przedmiotu dofinansowania zgodnie z jego przeznaczeniem.
2. Sprzedaż bądź konieczna zamiana przedmiotu dofinansowania w okresie obowiązywania umowy dofinansowania wymaga każdorazowo zgody PCPR w Mielcu. Ewentualna zamiana przedmiotu dofinansowania odbywa się bez zaangażowania dodatkowych środków PFRON. Postanowienia umowy dofinansowania mają zastosowanie również do przedmiotu dofinansowania uzyskanego w wyniku zamiany.
 3. PCPR w Mielcu zobowiązany jest do uzyskania od beneficjentów pomocy oświadczenia, iż nie trzymali na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na cele objęte umową dofinansowania i nie ubiegają się odrębnymi wnioskami o dofinansowanie lub dotację ze środków PFRON na te cele.
 4. Zapisy uwzględniające zobowiązania, o których mowa w ust. 1 - 3, winny być uwzględnione w umowach zawieranych pomiędzy beneficjentem pomocy a Powiatem Mieleckim.

Załącznik nr 1
do zasad dotyczących wyboru,
dofinansowania i rozliczenia wniosków
o dofinansowanie w ramach pilotażowego
programu „Aktywny Samorząd”

KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU „P” - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	
1	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:			
a)	stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znaczny (I grupa inwalidzka)	5	16
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	3	
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		5	
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące oraz osoby z dysfunkcją słuchu		3	
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		3	
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		3	
2	Rodzaj wnioskowanej protezy (dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 3)			
a)	poziom jakości protezy	IV poziom jakości	7	14
		III poziom jakości	5	
b)	rodzaj protezy	przy amputacji ramienia i wyluszczenia w stawie brakowym lub uda i wyluszczenia w stawie biodrowym	7	
		przy amputacji w zakresie ręki lub na poziomie podudzia	5	
		przy amputacji przedramienia lub na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	5	
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia:			
a)	osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		7	7
b)	osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		6	
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		6	
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole-podstawowej, gimnazjum, w szkole średniej, policealnej lub w specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych		5	
4	Aktywność zawodowa:			
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		5	46
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		41	
5	Inne kryteria:			
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		2	17
b)	Wnioskodawca który został poszkodowany w 2018 r lub w 2019 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	
c)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	- w przypadku jednej osoby	1	
		- w przypadku więcej niż jedna osoba	2	
d)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.7 wniosku)		1	
e)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		1	
f)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		1	
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 100	

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU „O” - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	
1	Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:			
	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	8	18	
a)	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidząca oraz osoby z dysfunkcją słuchu	5		
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znacznym stopień niepełnosprawności	5		
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5		
2	Aktualnie realizowany etap kształcenia:			
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej, gimnazjum lub specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych	10	15	
b)	podopieczny pobiera naukę w szkole średniej	12		
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole policealnej lub wyższej	15		
3	Aktywność zawodowa:			
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy	5	46	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	41		
4	Inne kryteria:			
a)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	2	21	
b)	Wnioskodawca który został poszkodowany w 2018 r lub w 2019 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10		
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	2		
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby – w przypadku więcej niż jedna osoba		1 2
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)	1		
f)	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	1		
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru A Zadanie nr 1 osoba korzystająca z rehabilitacji poza środowiskiem domowym (konieczność dowozu do miejsca korzystania z rehabilitacji)	2		
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	1		
II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1–4)		Maksymalnie 100		

Załącznik nr 2
do zasad dotyczących wyboru,
dofinansowania i rozliczenia wniosków
o dofinansowanie w ramach pilotażowego
programu „Aktywny Samorząd”

Lp.	Imię	Nazwisko	Imię podopieczny	Nazwisko podopieczny	Kwota wnioskowana	Stopień niepełnosprawności	Dochód na osobę	Kwota def.in.z komisji	Ilość punktów	Kolejność dofinansowania
Obszar A zad. 1 i zad. 4										
					0,00			0,00		
Obszar A zad. 2 i zad. 3										
					0,00			0,00		
Obszar B zad. 1, zad. 3 i zad. 4										
					0,00			0,00		
Obszar B zad. 2										
					0,00			0,00		
Obszar B zad. 5										
					0,00			0,00		
Obszar C zad. 1										
					0,00			0,00		
Obszar C zad. 2										
					0,00			0,00		
Obszar C zad. 3										
					0,00			0,00		
Obszar C zad. 4										
					0,00			0,00		
Obszar C zad. 5										
					0,00			0,00		
Obszar D										
					0,00			0,00		

Wniosek złożono w
w dniuNr sprawy:
PCPR-I.421.3. 20.....

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego 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)

<input type="checkbox"/> Moduł I		<input type="checkbox"/> Moduł II
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 i Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 i zadanie nr 3	
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2	
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5	<input type="checkbox"/> Obszar D	
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

1. Informacje – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyznaPESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

DANE PODPIECZNEGO WNIOSKODAWCY*(wypełnić jeśli dotyczy) dotyczy nie dotyczy

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyznaPESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

 - firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

*Niepotrzebne skreślić

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

<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lok. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p>ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lokalu</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p>
<p>Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):</p>	<p>Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e'mail (o ile dotyczy):</p>

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*** **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innymWnioskodawca 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 - pociowego 08-**T** choroby układu pokarmowego 02-**P** choroby psychiczne 06-**E** epilepsja 11-**I** inne 10-**N** choroby neurologiczne 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

*Niepotrzebne skreślić

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

<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:	Adres miejsca pracy:	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna				☐ staż zawodowy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie:		
Nr NIP:	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:		

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNEGO* 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/podopieczny* posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca/podopieczny* 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: PCPR-I.421.3.20..... – 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.

Zobowiązuje 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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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/Podopieczny* spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca/Podopieczny* 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/Podopieczny* 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 (o ile dotyczy)	<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 i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: / / r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna 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

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej / / r.

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

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: PCPR-I. 421.3.20..... – 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 (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	5	16		
	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	3			
b) osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		5			
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące oraz osoby z dysfunkcją słuchu	3			
c) osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		3			
d) występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		3			
2 Rodzaj wnioskowanej protezy (dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 3)					
a) poziom jakości protezy	IV poziom jakości	7	14		
	III poziom jakości	5			
b) rodzaj protezy	przy amputacji ramienia i wyluszczenia w stawie brakowym lub uda i wyluszczenia w stawie biodrowym	7			
	przy amputacji w zakresie ręki lub na poziomie podudzia	5			
	przy amputacji przedramienia lub na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	5			
3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a) osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		7	7		
b) osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		6			
c) osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		6			
d) osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole-podstawowej, gimnazjum, w szkole średniej, policealnej lub w specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych		5			
4 Aktywność zawodowa:					
a) osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		5	46		
b) osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		41			
5 Inne kryteria:					
a) Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		2	17		
b) Wnioskodawca który został poszkodowany w 2017 r. lub 2018 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10			
c) dodatkowe osoby niepełnosprawne w oszczędnościowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby	1			
	- w przypadku więcej niż jedna osoba	2			
d) szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.7 wniosku)		1			
e) Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podlega realizacji w wykonanej pracy lub usługach w kształceniu		1			
f) wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		1			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-5)		maksymalnie 100			

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:

Data przekazania wniosku do opinii eksperta/...../..... 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:/...../..... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: 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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 i 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1, 3, 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2 i Zadanie nr 3

Koszty kursu i egzaminów: zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł
---------------------------------------	---

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: 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: zł	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: zł
---	--

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... r.

data

.....
podpis Dyrektora PCPR

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

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

Wniosek złożono w
w dniuNr sprawy:
PCPR-I.421.3. ... 20.....

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu lub na rzecz podopiecznego 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)

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1, Zadanie nr 3 i Zadanie nr 4	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	

1. Informacje – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyznaPESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

DANE PODPIECZNEGO WNIOSKODAWCY*(wypełnić jeśli dotyczy) dotyczy nie dotyczy

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez..... Płeć: kobieta mężczyznaPESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

 - firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

*Niepotrzebne skreślić

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

<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lok. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p>ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lokalu</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p>
<p>Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):</p>	<p>Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu.....</p> <p>nr tel. komórkowego:.....</p> <p>e'mail (o ile dotyczy):</p>

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

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 - pęciowego

08-**T** choroby układu pokarmowego

02-**P** choroby psychiczne

06-**E** epilepsja

11-**I** inne

10-**N** choroby neurologiczne

12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

*Niepotrzebne skreślić

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

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

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

Nr NIP:

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO*

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* 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/PODOPIECZNEGO* 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/podopieczny* posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca/podopieczny* 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: PCPR-I.421.3.20..... – 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, 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/Podopieczny* spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca/Podopieczny* 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/Podopieczny* 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 (o ile dotyczy)	<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 i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:/...../..... r.

Weryfikacja formalna wniosku:

 pozytywna negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

 - tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

 - tak - nie

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

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

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

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: PCPR-I. 421.3.20..... – 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 (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	5	16		
	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	3			
b) osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		5			
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące oraz osoby z dysfunkcją słuchu	3			
c) osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		3			
d) występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		3			
2 Rodzaj wnioskowanej protezy (dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 3)					
a) poziom jakości protezy	IV poziom jakości	7	14		
	III poziom jakości	5			
b) rodzaj protezy	przy amputacji ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym lub uda i wyluszczenia w stawie biodrowym	7			
	przy amputacji w zakresie ręki lub na poziomie podudzia	5			
	przy amputacji przedramienia lub na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	5			
3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a) osoby kontynuujące studia (poddyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		7	7		
b) osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		6			
c) osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		6			
d) osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole podstawowej, gimnazjum, w szkole średniej, policealnej lub w specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych		5			
4 Aktywność zawodowa:					
a) osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		5	46		
b) osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		41			
5 Inne kryteria:					
a) Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		2	17		
b) Wnioskodawca który został poszkodowany w 2017 r. lub 2018 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10			
c) dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby	1			
	- w przypadku więcej niż jedna osoba	2			
d) szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.7 wniosku)		1			
e) Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania jest istotnym elementem potrzebującym dofinansowania		1			
f) wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		1			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)		maksymalnie 100			

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:

Data przekazania wniosku do opinii eksperta/...../..... r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Pieczęćka imienna, 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:/...../..... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: 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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 i 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1, 3, 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów: zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł
---------------------------------------	---

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: 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: zł	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: zł
---	--

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:..... r.
data.....
podpis Dyrektora PCPR

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

pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

Wniosek złożono w
w dniu

 Nr sprawy:
PCPR-I.421.3.20.....

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)
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 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu Obszar C – Zadanie nr 2 Obszar C – Zadanie nr 5

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

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

PESEL Płeć: kobieta mężczyznaStan 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 - PFRON - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwisko	(poczta)
Data urodzenia: r.	Miejscowość
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ulica
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nr domu Nr lok.
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Powiat
	Województwo
	<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:	Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):	Ostrość wzoru (w korekcji):
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
	<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA			
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 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

<p>5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)</p>	<p>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7) 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>
<p>8) Czy wnioskodawca/podopieczny* został poszkodowany w 2018 r lub w 2019 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR-I.421.3.20..... – 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.

Zobowiązuje 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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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 (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.	
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	

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

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: PCPR-I. 421.3.20..... – dotyczy Modułu I

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:				
	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	8	18		
a)	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące oraz osoby z dysfunkcją słuchu	5			
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności	5			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5			
2	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej, gimnazjum lub specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych	10	15		
b)	podopieczny pobiera naukę w szkole średniej	12			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole policealnej lub wyższej	15			
3	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy	5	46		
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	41			
4	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	2	21		
b)	Wnioskodawca który został poszkodowany w 2017 r. lub w 2018 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10			
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	2			
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (<i> jeden przypadek do wyboru </i>)	– w przypadku jednej osoby 1 – w przypadku więcej niż jedna osoba 2			
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)	1			
f)	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	1			
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru A Zadanie nr 1 osoba korzystająca z rehabilitacji poza środowiskiem domowym (konieczność dowozu do miejsca korzystania z rehabilitacji)	2			
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	1			
II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)		maksymalnie 100			
III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi:					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta/...../..... 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:/...../..... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: 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.

Zobowiązuje 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):

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

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

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

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

Wniosek złożono w
w dniu

 Nr sprawy:
PCPR-I.421.3. 20.....

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)
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 B – Zadanie nr 1 i Zadanie nr 4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania Obszar B – Zadanie nr 2 Obszar B – Zadanie nr 5

dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego

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.....

PESEL Płeć: kobieta mężczyznaStan cywilny: wolna/y zameżna/zonaty**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 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 - PFRON - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwisko	(poczta)
Data urodzenia:..... r.	Miejscowość
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ulica
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nr domu Nr lok.
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Powiat
	Województwo
	<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:	Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
	<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA			
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 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 na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr
dokonanego w urzędzie:

Nr NIP:

 inna, jaka i na jakiej podstawie: działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRONCzy 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. 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
<p>1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>

<p>5) Czy Wnioskodawca zamierza kupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)</p>	<p>Jeśli Wnioskodawca zamierza kupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7) 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>
<p>8) Czy wnioskodawca/podopieczny* został poszkodowany w 2018 r lub w 2019 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR-I.421.3.20..... – 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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć 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 właściwie):	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.	
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	

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

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: PCPR-I. 421.3.20..... – dotyczy Modułu I

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku	
1	Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:					
	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	8	18			
a)	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące oraz osoby z dysfunkcją słuchu	5				
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znacznym stopień niepełnosprawności	5				
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5				
2	Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej, gimnazjum lub specjalnych ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych	10	15			
b)	podopieczny pobiera naukę w szkole średniej	12				
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole policealnej lub wyższej	15				
3	Aktywność zawodowa:					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy	5	46			
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	41				
4	Inne kryteria:					
a)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	2	21			
b)	Wnioskodawca który został poszkodowany w 2017 r. lub w 2018 r. w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10				
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	2				
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby		1		
		- w przypadku więcej niż jedna osoba		2		
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)	1				
f)	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	1				
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru A Zadanie nr 1 osoba korzystająca z rehabilitacji poza środowiskiem domowym (konieczność dowodu do miejsca korzystania z rehabilitacji)	2				
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	1				
II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)		maksymalnie 100				
III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi:						

Data przekazania wniosku do opinii eksperta/...../..... 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:/...../..... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: 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.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

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

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... f.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

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

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1 i 4

STRONA 7

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	mobilny sprzęt lub urządzenie dla osoby z dysfunkcją słuchu (tj.....)	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 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.pcprmieliec.pl,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15% ceny brutto**),
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,

8. 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,
9. 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 / / r.

podpis Wnioskodawcy*/Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

*niepotrzebne skreślić

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6 - 10)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

Należy wypełnić w przypadku wniosku „P” dot. dofinansowania kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 i nr 3 STRONA 7

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu: kategoria:, nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: NIE TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu:

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Koszty usług tłumacza języka migowego		
Razem		

6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

CZY WNIOSKODAWCA POSIADA DYSFUNCJĘ SŁUCHU, W STOPNIU WYMAGAJĄCYM KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO: NIE TAK

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmielc.pl,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B: tak - nie,

6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, 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 /..... /..... r.

podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

*niepotrzebne skreślić

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 5-8)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem określonej kategorii; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie Wnioskodawcy, że niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 i nr 5

Zadanie nr 1, nr 3 i nr 4 - 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	
Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
RAZEM	
Zadanie nr 5 - specyfikacja - Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu albo dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania: 1) 2) 3) 4) Koszt niezbędnych napraw, jakich: Koszt: Przeglądów Konserwacji .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
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

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1, nr 3, i nr 4		
Zadanie nr 2		
Zadanie nr 5		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie,
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmieliec.pl.
- 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,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%, 30%*** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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,

7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie 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 / / r.

podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

***niepotrzebne skreślić**

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-11)

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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 2 a lub 2b do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna

negatywna

nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

STRONA 7

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	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?
 NIE TAK - w ramach (np. programu) W r.

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: r.

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):

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:
 NIE TAK, w dniu: r.

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)
numer rachunku bankowego
nazwa banku

Oświadczam, że

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmielec.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 **byłam(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 może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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 / / r.

podpis Wnioskodawcy/ Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

*niepotrzebne skreślić

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-8)

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON (I wizyta)		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON (II wizyta)		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

NIE POSIADAM PROTEZY

OD ROKU: UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny):

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: NIE TAK

w roku w ramach a także w roku w ramach

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

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmieliec.pl.

4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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 /..... /..... r.

podpis Wnioskodawcy/ Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

*niepotrzebne skreślić

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 5-6)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku) - nie dotyczy kosztów dojazdu na II spotkanie z ekspertem PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oferta cenowa - nie dotyczy kosztów dojazdu na II spotkanie z ekspertem PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

STRONA 7

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON (I wizyta):		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON (II wizyta):		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KONCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA NOGI, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) w .....r.	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jaki są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
numer rachunku bankowego	
nazwa banku	

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.dfron.org.pl, a także: www.pccprmielec.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. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: tak - nie,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak - nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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 / / r.

podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

*niepotrzebne skreślić

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 5-6)

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku) - nie dotyczy kosztów dojazdu na II spotkanie z ekspertem PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynekach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Oferta cenowa - nie dotyczy kosztów dojazdu na II spotkanie z ekspertem PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....
podpis Dyrektora PCPR

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 5 STRONA 5

Specyfikacja zakupu SKUTERA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM LUB OPRZYRZĄDOWANIA ELEKTRYCZNEGO DO WÓZKA RĘCZNEGO
Model (nazwa) skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:
Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter		
Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY:
.....
CZY WNIOSKODWCA POSIADA WÓZEK RĘCZNY: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* WÓZKA/SKUTERA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM
<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL ROK NABYCIA:
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA/SKUTERA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach
a także w roku w ramach

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmieliec.pl,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka/skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 35% ceny brutto**),
- 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,

7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązyanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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 / / r.
podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-10)

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 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 2a do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywróceniu Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

STRONA 7

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
PESEL:					
PESEL:					
PESEL:					
PESEL:					
PESEL:					
RAZEM:					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

<p>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p>
numer rachunku bankowego
nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmieliec.pl,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, 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 / / r.

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-10)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE
 W ramach jakiej formy edukacji?

Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej

przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: tak nie

Pełna nazwa szkoły:

Miejscowość:	Ulica:	Nr posesji:	Kod pocztowy:
Powiat:	Województwo:	Nr telefonu:	adres http://www

Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) tak nie

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne):**			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
Razem			

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania
 ** należy wpisać kierunek studiów/nauki

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny: TAK NIE ,

Czy Wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania : TAK NIE

Czy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie: TAK NIE

Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 r. lub 2018 r. w wyniku działania żywiołu: TAK NIE

Czy Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub w komunikowaniu się: TAK NIE

(proszę uzasadnić

Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. nie tak: 2 przyczyny 3 przyczyny niepełnosprawności

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

numer rachunku bankowego

(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) nazwa banku

* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Mielcu tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprmielce.pl.
- 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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- 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,
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15%.
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, 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 / / r.

podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/opiekuna Prawnego*

*niepotrzebne skreślić

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-10)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <i>Uwaga!</i> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia Karty Dużej Rodziny – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. poz. 1863) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oświadczenie lub inny dokument wskazujący na występowanie barier w poruszaniu się lub barier w komunikowaniu się a w przypadku korzystania z usług przewodnika, tłumacza języka migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej do wniosku należy dołączyć oświadczenie osoby pełniącej tą funkcję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także, osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), dokument potwierdzający przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (jeśli zaznaczono nie dotyczy nie jest wymagany podpis Dyrektora PCPR)

Decyzja o przywrócenie Wnioskodawcy określonego terminu na złożenie wniosku:

pozytywna negatywna nie dotyczy

..... r.

data

.....

podpis Dyrektora PCPR

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW WNIOSKODAWCY

Przez **przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy** należy rozumieć dochód za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie **wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Uwaga!

1. W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.
2. W przypadku gdy wnioskodawca, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (**zgodnie z przypisem nr 1**):

		Przeciętny miesięczny dochód, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

1) przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek wynosizł.
(słownie złotych:)

(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Przypis nr 1

Szczegółowe zasady ustalania dochodu określone zostały w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.). **Zgodnie z tym artykułem dochód pomniejsza się o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób.**

W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018 poz. 991), według wzoru:
$$[(3\ 399\ \text{zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy};$$

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. Czy dysfunkcja charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w **stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego?**
 (Uzasadnienie):.....

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

7. Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) –przez co należy rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) powoduje, że:

proszę zakreślić właściwe pola

1. Pacjent **nie ma możliwości** samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

tak nie

2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego:

.....
.....
.....
.....

3. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

tak nie

4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych:

tak nie

5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (np. utraty przytomności, epilepsja):

.....
.....
..... brak przeciwwskazań

pieczętka, nr i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr. i podpis lekarza

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej/badania przedmiotowego stwierdza się, że:
 - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
 jednego oka
 obydwu oczu
 - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*
 w oku lewym do: stopni
 w oku prawym do: stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*
 w oku lewym wynosi:
 w oku prawym wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 tak nie
 - e) Pacjent jest osobą niewidomą:
 tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej/badania przedmiotowego stwierdza się, że:

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

powyżej: decybeli

b) Pacjent jest osobą głuchoniemą:

tak nie

....., **dnia**

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr. i podpis lekarza

Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Mielcu ul. Żeromskiego 34, 39-300 Mielec, adres e-mail: pcpr@powiat-mielecki.pl tel. 17 78 00 470;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się e-mail: iodo@powiat-mielecki.pl, bezpośrednio: Inspektor Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Starostwie Powiatowym w Mielcu ul. Wyspiańskiego 6, 39-300 Mielec, pokój nr 335, Tel. 17 78 00 487 – w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, w szczególności dotyczących:
 - a) rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3), w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu;
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów (m.in. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych).
- 6) podanie danych osobowych jest obowiązkowe i umożliwi realizację ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mielcu oraz załatwienie inicjowanych przez Panią/Pana spraw. W przypadku ich niepodania nie będzie możliwe załatwienie Pani/Pana spraw.
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) żądania dostępu do danych osobowych na podstawie art. 15 RODO,
 - b) sprostowania swoich danych na podstawie art. 16 RODO,
 - c) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO oraz ich usunięcia po ustaniu okresu przechowywania, w myśl obowiązujących przepisów;
- 8) przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, jednak pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie;
- 9) przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia swoich danych, jednak pozytywne rozpatrzenie prawa do przeniesienia Pani/Pana danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie;
- 10) Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej;
- 12) Jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, przysługuje Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 13) do kwestii nieuregulowanych w niniejszej klauzuli mają zastosowanie przepisy rozporządzenia parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Ile semestrów trwa wybrana forma kształcenia przez w/w Pana/Panią

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: tak nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze**
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: nie tak - ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym)** (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

*-niepotrzebne skreślić
** - jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: