Wniosek złożono w
.....
w dniu.....

Nr sprawy:

Wypełnia PCPR

PCPRlublin
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - *wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu*

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**	☐ **Obszar A – Zadanie nr 2**
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
☐ **Obszar B – Zadanie nr 1**	☐ **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
☐ **Obszar C – Zadanie nr 2**	☐ **Obszar C – Zadanie nr 3**
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
☐ **Obszar C – Zadanie nr 4**	☐ **Obszar D**
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1.Informacje Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE

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

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

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

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

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

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu: ..... zł

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**):

Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e’mail (*o ile dotyczy*): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - **PCPR** ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:.....

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

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ **obu** kończyn górnych ☐ **jednej** kończyny górnej

☐ **obu** kończyn dolnych ☐ **jednej** kończyny dolnej ☐ innym

Wnioskodawca **nie porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca **porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego - **samodzielnie:** ☐

Wnioskodawca **porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego - **niesamodzielnie:** ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O** ☐ **osoba niewidoma** ☐ **osoba głuchoniewidoma**	**Lewe oko:** Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	**Prawe oko:** Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:**..... ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy** ☐ **nie dotyczy**

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

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

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

.....

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

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

☐ umowa cywilnoprawna

☐ staż zawodowy

☐ **działalność gospodarcza** **Nr NIP:**	☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **dokonanego w urzędzie:** ..... ☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**.....
☐ **działalność rolnicza**	**Miejsce prowadzenia działalności**: .....

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

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – 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 UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

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

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

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR, MOPR lub oddz. PFRON?	tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	**Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
				Razem uzyskane dofinansowanie:		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR: 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 – dot. tylko Modułu I

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (*np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby***) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	....
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak ☐ - nie
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak ☐ - nie
5) W którym roku Wnioskodawca ostatnio otrzymał pomoc na wnioskowany przedmiot/y?	.....

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: ……..... – WYPEŁNIA PCPR

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracownika obecnego przy podpisywaniu umowy

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	**UWAGI**
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	□ - tak □ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	□ - tak □ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	□ - tak □ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	□ - tak □ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	□ - tak □ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	□ - tak □ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	□ - tak □ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		.....	
Weryfikacja formalna wniosku:		**□ pozytywna**	**□ negatywna**
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		□ - tak □ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		□ - tak □ - nie	

pieczątka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	*pieczątka imienna kierownika działu PCPR*
data, podpis:	*data, podpis:*

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... 2017 r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... 2017 r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – 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)	10	**20**		
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5			
b)	występuje niepełnosprawność **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		10			
c)	podopieczny jest osobą do 16 roku życia, posiadającą **orzeczenie** o niepełnosprawności		5			
2	**Aktywność zawodowa:**					
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		75	**75**		
3	**Aktualnie realizowany etap kształcenia:**					
a)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę (bez względu na poziom i formę)		10	**10**		
4	**Dotychczas uzyskane dofinansowanie:**					
a)	Wnioskodawca **nie otrzymał** dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowana objętego wnioskiem		20	**20**		
b)	Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem w latach 2002 – 2004 lub wcześniej		15			
c)	Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem w latach 2005 - 2007		10			
d)	Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem w latach 2008 – 2010		5			
5	**Inne kryteria:**					
a)	Miejsce zamieszkania: wieś/miasto do 5 tyś. mieszkańców		5	**20**		
b)	dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy		5			
c)	**Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo		5			
d)	wniosek był **kompletny** w dniu przyjęcia		5			
	RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			**maksymalnie 145**		

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ..... 2017 r. (*o ile dotyczy*)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania *(w złotych)*	**Opinia eksperta** (o ile dotyczy) **wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń**
Pieczątka imienna, data, podpis pracownika/ów dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	**pozytywna**: ☐ **negatywna**: ☐ **data i podpis eksperta**

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ….....….....2017 r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON w ramach Modułu I

pozytywna: ☐ w ramach /Obszaru/Zadania:.....

negatywna: ☐ w ramach /Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1**	☐ **Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1**
..... zł	..... zł	..... zł
☐ **Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2**	☐ **Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3**
..... zł	..... zł	..... zł
☐ **Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4**	☐ **Moduł I Obszar D**	
..... zł	..... zł	

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

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

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

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... 2017 r. .....

data podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczątka imienna pracownika PCPR przygotowującego umowę	*pieczątka imienna dyrektora PCPR*
data, podpis:	*data, podpis:*