Nr sprawy:





###### Wniosek złożono w dniu

*Wypełnia PCPR* ***program finansowany ze środków PFRON***

WNIOSEK „O” – (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 | Obszar B – Zadanie nr 1 |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych |
| Obszar B – Zadanie nr 2 | Obszar B – Zadanie nr 4 |
| dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy |
| Obszar B – Zadanie nr 5 | Obszar C – Zadanie nr 2 |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| Obszar C – Zadanie nr 5 | |
| 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 ..........................................................  ważny do dnia ...............................    PESEL Płeć: kobieta   mężczyzna 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 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 - PCPR - PFRON - inne, jakie: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym” | | | | | | | | | | | |
| DANE PERSONALNE  Imię ....................................................................  Nazwisko ............................................................  Data urodzenia:................................................. r.  PESEL  Pełnoletni: tak   nie  Płeć: kobieta   mężczyzna | | | | | **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** **(ADRES)** (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)  Kod pocztowy - ............................................  (poczta)  Miejscowość .................................................................  Ulica ............................................................................  Nr domu ........................... Nr lok. ................................  Powiat ..........................................................................  Województwo ...............................................................  miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś | | | | | | |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** | | | | | | | | | | | |
| całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub  całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | znaczny stopień | | | | I grupa inwalidzka | |
| całkowita niezdolność do pracy | | | | | | umiarkowany stopień | | | | II grupa inwalidzka | |
| częściowa niezdolność do pracy | | | | | | lekki stopień | | | | III grupa inwalidzka | |
| orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia | | | | | | | | | | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo | | | | | | | | | | | |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO | | | | | | | | | | | | |
| **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** | | | obu kończyn górnych   jednej kończyny górnej | | | | | | | | | |
| obu kończyn dolnych | | | jednej kończyny dolnej | | | | | | innym | | | |
| Podopieczny **nie porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego:  Podopieczny **porusza się** przy pomocy wózka inwalidzkiego - samodzielnie:  Podopieczny **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 | |

**Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:** [**www.pfron.org.pl**](http://www.pfron.org.pl) **oraz www.lublin.naszepcpr.pl**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI | | |
| ŻŁOBEK | PRZEDSZKOLE | SZKOŁA PODSTAWOWA |
| GIMNAZJUM | TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | STUDIA |
| INNA, jaka .................................................................................................. | | nie dotyczy |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI** **Nazwa placówki** .................................................................................................... **klasa/rok** ........... **Kod pocztowy** ...............................  **Miejscowość** ........................................................... **ulica** .................................................................... **Nr domu** ...................................  **Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:** ........................................................................................ | | |
| **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): .................................................................  ...................................................................................................................................................................................................  ...................................................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................... | | |

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

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  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 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 |
| 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)?Jeżeli nie, proszę podać rok w którym Wnioskodawca ostatnio uzyskał pomoc na wnioskowany przedmiot. | - tak - nie  ........................................................ |
| 1. Czy w 2018 lub w 2019 roku Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę zdarzenia. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | - tak - nie |

**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 kierownika działu PCPR***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ............................................. 2019 r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ....................................... 2019 r.** (o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..................................... | | | | | | | | | |
|  | | **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 | znaczny (I grupa inwalidzka) | | 10 |  |  |  | |
|  | | *(jeden stopień do wyboru*) | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | | 5 | **20** |  |  | |
| 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) | | | 40 | **40** |  |  | |
| **3** | | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | | | | |
| a) | | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę (bez względu na poziom i formę) | | | 10 | **10** |  |  | |
| **4** | | **Dotychczas uzyskane dofinansowanie:** | | | | | | | |
| a) | | pomoc uzyskana nie wcześniej (minimalna częstotliwość udzielania pomocy) niż określona w rozdz. VI ust.5 pilotażowego programu „Aktywny samorząd” | | | 5 | **15** |  |  | |
| b) | | pomoc uzyskana w latach wcześniejszych niż określona w rodz. VI ust.5 programu „Aktywny samorząd” | | | 10 |  |  | |
| c) | | wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na wnioskowany przedmiot | | | 15 |  |  | |
| **5** | | **Inne kryteria:** | | | | | | | |
| a) | | wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | | | 10 | **15** |  |  | |
| b) | | 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 |  |  | |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | | | | **maksymalnie 100** | | |  | |  |
| **Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: ...........** | | | | | | | | |

**Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...................................... 2019 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: ….....….........................2019 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):** | |
| Obszar A – Zadanie nr 1 | Obszar B – Zadanie nr 1 |
| ................................................... zł | ................................................... zł |
| Obszar B – Zadanie nr 2 | Obszar B – Zadanie nr 4 |
| ................................................... zł | ....................................................... zł |
| Obszar B – Zadanie nr 5 | Obszar C – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł |
| Obszar C – Zadanie nr 5 | |
| ................................................... zł | |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | |
| ............................... 2019 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***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna dyrektora PCPR***

*data, podpis:*