Nr sprawy:





###### Wniosek złożono w dniu

*Wypełnia PCPR* ***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, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu |
|  Obszar A – Zadanie nr 3 |  Obszar A – Zadanie nr 4 |
| pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego | pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu |
|  Obszar B – Zadanie nr 1 |  Obszar B – Zadanie nr 2 |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
|  Obszar B – Zadanie nr 3 |  Obszar B – Zadanie nr 4 |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z dysfunkcją narządu wzroku | 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 3 |  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 |
|  Obszar C – Zadanie nr 5 |  Obszar D |
| pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego  | adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, którzy są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka |

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię..............................................Nazwisko.............................................................. Data urodzenia .....................................r. Dowód osobisty seria ........................... numer .................................... wydany w dniu.........................................................r.  ważny do dnia ..................................r. przez...................................................................... Płeć: kobieta   mężczyzna PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna)   wspólneWysokość 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**: ...................................................... e’mail (*o ile dotyczy*): ......................................................... |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | - firma handlowa - media - **PCPR**  - PFRON - inne, jakie:……………………. |

1.Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

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](http://www.lublin.naszepcpr.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 zarejestrowany w PUP** |
|  **zatrudniona/y: od dnia:**...................... **do dnia:** .......................................... **zarejestrowany: od dnia:**...................... **do dnia:** ......................................... **na czas nieokreślony inny, jaki: ....................................................** | **Nazwa pracodawcy**: .................................................**Adres miejsca pracy**: ............................................... |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracęstosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracęumowa cywilnoprawnastaż zawodowy | ....................................................................................**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**: .......................................................................................... |
| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE  |
| podstawowe  | gimnazjalne  | zawodowe  |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie:  |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ  |
|  jednolite studia magisterskie |  studia pierwszego stopnia |  studia drugiego stopnia |
|  studia podyplomowe |  studia doktoranckie |  nauka w kolegium pracowników służb społecznych |
|  nauka w kolegium nauczycielskim |  nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych |  nauka w szkole policealnej |
|  nauka na uczelni zagranicznej |  wyższe seminarium duchowne |
| **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:** taknie**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR:** taknieJeżeli 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)
 | ..............................................................................................................................…………………………………………………………………………………....................................................................................................................... ....................................................................................................................... ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. 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 |
| 1. 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/potwierdzoneprzez 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):** |
|  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1  |  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 |  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4 |  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 |  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3 |  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4 |  Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 |  Moduł I Obszar C– Zadanie nr 3 |  Moduł I Obszar C– Zadanie nr 4 |
| ................................................... zł | ................................................... zł | ................................................... zł |
|  Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 |  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**: |
| .................................2019 r. ........................................................................... data podpisy osób podejmujących decyzję  |

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

***pieczątka imienna dyrektora PCPR***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika PCPR przygotowującego umowę***

 *data, podpis:*