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)   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**: ......................................................  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 pracę  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  umowa cywilnoprawna  staż 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:** 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) | .......................................................................................................................  .......…………………………………………………………………………………  .......................................................................................................................  .......................................................................................................................  ......................................................................................................................  .......................................................................................................................  .......................................................................................................................  .......................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 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:*