



Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I Obszar B Zadanie nr 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi
nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania**
(wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)

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. Właściwe pole należy zaznaczyć przez zakreślenie .

1. Informacje Wnioskodawcy**DANE PERSONALNE**

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniur.

przez ważny dor.

PESEL Płeć: kobieta mężczyzna Stan cywilny: wolna/y zamężna/yGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne**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.

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: e'mail

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

 - firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar B Zadanie nr 2

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym		
Wnioskodawca nie porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji) Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji) Zwężenie pola widzenia: stopni
INNY RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I Inne
<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y od dnia: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki	Nazwa pracodawcy:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP <input type="checkbox"/> na podst. wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA 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 przez PCPR lub MOPR? TAK NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK”, proszę wypełnić Tabelę poniżej:

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: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:
.....

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje, które mogą 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 kopią stosownego orzeczenia tej osoby potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ uprawniony lub kserokopią stosownego orzeczenia przedstawiając oryginał przy składaniu wniosku) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona przy 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	<input type="checkbox"/> TAK 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> TAK 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> 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. PCPR)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> TAK (1 osoba) <input type="checkbox"/> TAK (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> NIE
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> TAK (proszę opisać)
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt.), jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

SPECYFIKACJA SZKOLENIA w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakres tematyczny szkolenia:	
Liczba godzin szkolenia:	
Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

6. Informacje uzupełniające

Posiadam następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

.....

Nie posiadam sprzętu komputerowego

Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe (w ciągu ostatnich 3 lat)

.....

Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania: NIE TAK w roku, w ramach

a także w roku, w ramach

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu nakielskiego -tak -nie oraz nie będę ubiegał/a się za pośrednictwem innego samorządu powiatowego -tak -nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałem/am się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/am do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem:

4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem/am pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: tak nie,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie tak nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko, umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta) starostę lub marszałka województwa, z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	Wypełnia wyłącznie Realizator programu		
	dołączono do wniosku	uzupełniono	data uzupełnienia/uwagi
1 Kopia orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ uprawniony lub kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) pod warunkiem przedstawienia jego oryginału do wglądu przy składaniu wniosku (stanowiące załącznik nr 1 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4a lub 4b do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Nr wniosku.....

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 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,
- 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,
- 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,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

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

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione:	Uwagi
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5	Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6	Wniosek i załączniki są wypełnione poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Wniosek przekazany do uzupełnienia w zakresie pkt.:			
pieczętka imienna pracownika Realizatora programu		pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu	
data, podpis		data, podpis	

UZUPEŁNIENIE WNIOSKU (jeżeli dotyczy)

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt.:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU:	<input type="checkbox"/> POZYTYWNA <input type="checkbox"/> NEGATYWNA
pieczętka imienna pracownika Realizatora programu	pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu
data, podpis	data, podpis

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej 2014r.

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:					
KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała			Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:				
a)	stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	10	30	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		10		
		osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące	5		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5		
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia), inna niż wymieniona w lit. a-c		5		
2	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		15	25	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		70	70	
b)	osoby kontynuujące studia (I lub II stopnia, magisterskie)		65		
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		60		
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej)		55		
4	Miejsce zamieszkania:				
a)	wieś/ miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10	
b)	dotyczy wyłącznie obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5		
5	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	45	
b)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby	5		
		- w przypadku więcej niż jedna osoba	10		
c)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt. 3.6 wniosku)		5		
d)	uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		20		
e)	dotyczy wyłącznie obszaru C Zadanie nr 1 – Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		-20		
f)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT. 1-5)			maksymalnie 180		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta 2014r. (o ile dotyczy)

Uzasadnienie eksperta (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”

Nr wniosku:

pozytywna: w ramach Modułu/ Obszaru/ Zadania

negatywna: w ramach Modułu/ Obszaru/ Zadania

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł)

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

W przypadku wniosku w ramach Modułu I Obszar A Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:

W przypadku wniosku w ramach Modułu I Obszar C Zadanie 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:

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....
data
.....
podpisy osób podejmujących decyzję

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

<p><i>pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących umowę</i></p> <p>data, podpis</p>	<p><i>pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i></p> <p>data, podpis</p>
--	---

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez średni miesięczny dochód netto należy rozumieć średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

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

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

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

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

		Średni miesięczny dochód netto
1	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą (np.: syn, córka, ojciec, matka, itp.):		X
2		
3		
4		
5		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł (słownie złotych:)
(należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia r.
Miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

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

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych (Dz. U. z 2012r. poz. 361, z późn. zm.). Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.

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

Jeżeli wskazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą	=	łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia
---	---	--

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez PCPR w Nakle nad Notecią oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przy ul. Dąbrowskiego 46 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze Oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przy ul. Dąbrowskiego 46 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
data i podpis osoby składającej Oświadczenie

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskie

....., dnia
miejscowość data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres

3. PESEL

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis):

5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby

w tym zakresie:

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

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

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętąka, nr i podpis lekarza)

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres

3. PESEL □□□□□□□□□□

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

nie dotyczy w oku lewym do: stopni w oku prawym do: stopni

Co oznacza, że Pacjent ma zwężone pole widzenia: poniżej 20 stopni powyżej 20 stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji szklami) wg skali Snellena:

nie dotyczy w oku lewym wynosi: w oku prawym wynosi:

Co oznacza, że:

<i>proszę zakreślić właściwe pola</i>	<i>proszę zakreślić właściwe pola</i>
Pacjent ma ostrość wzroku korekcji szklami) wg skali Snellena, w oku lepszym :	Pacjent ma ostrość wzroku korekcji szklami) wg skali Snellena, w oku gorszym :
<input type="checkbox"/> prawym <input type="checkbox"/> lewym:	<input type="checkbox"/> prawym <input type="checkbox"/> lewym:
<input type="checkbox"/> równą 0,05	<input type="checkbox"/> równą 0,05
<input type="checkbox"/> poniżej 0,05	<input type="checkbox"/> poniżej 0,05
<input type="checkbox"/> powyżej 0,05	<input type="checkbox"/> powyżej 0,05

5. Pacjent jest osobą niewidomą: -tak -nie

6. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: -tak -nie -nie można stwierdzić

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)