



Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
**Moduł I Obszar C Zadanie nr 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej
posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**
(wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego)

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 o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie)**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
 rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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 -
(pocztą)

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 -
(pocztą)

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

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”	
DANE PERSONALNE	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli jest inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię	Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwisko	(poczta)
Data urodzenia	Miejscowość
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ulica
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nr domu Nr lok.
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Powiat
	Województwo
	<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO		
<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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO		
<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		
Podopieczny nie porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Podopieczny porusza się samodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Podopieczny porusza się niesamodzielnie za pomocą wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
INNY RODZAJ (PRZYCZYNY) 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"/> 04-O narząd wzroku	<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 - płciowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 11-I Inne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe	

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
<input type="checkbox"/> żłobek	<input type="checkbox"/> przedszkole	<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> gimnazjum	<input type="checkbox"/> trzyletnia szkoła przysposabiająca do pracy	
<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"/> studia
<input type="checkbox"/> inna, jaka		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok

Kod pocztowy Miejscowość Ulica nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, 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):

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy) niezatrudniona/y od dnia: bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy zatrudniona/y: od dnia: do dnia na czas nieokreślony inny, jaki stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

 działalność gospodarcza Nr NIP na podst. wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanej w urzędzie: inna, jaka i na jakiej podstawie: działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRONCzy 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/podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca/podopieczny 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 posiadanego sprzętu)
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (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 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 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt., jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	Orientacyjna cena brutto (w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Podopieczny Wnioskodawcy uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE TAK - w ramach (np. programu) w r.

Podopieczny Wnioskodawcy użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: NIE TAK, w dniu: r.

Posiadany wózek był naprawiany w r., gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE TAK, w dniu: r.

W budynku, w którym mieszka Podopieczny Wnioskodawcy nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem):

TAK NIE

Jeśli NIE, jakie występują bariery:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki PFRON w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)
nr rachunku bankowego
nazwa banku

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:
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie tak nie,
- 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy 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 2014r.

.....
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) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ uprawniony lub kserokopia orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) 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	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (oryginał dokumentu należy przedstawić do wglądu przy składaniu wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Inne załączniki (należy wymienić):	<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 i podopiecznego,
- 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 i podopieczny 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	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6	Wniosek zawiera wszystkie wymagane załączniki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7	Wniosek i załączniki są wypełnione poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
8	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 dokonującego ponownej weryfikacji formalnej wniosku	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:					
I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ – punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku	
1.	Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:				
a)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	10	20		
	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			
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności	5			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż w pkt. 1a-b	5			
2.	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej	55	70		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	50			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	40			
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt. 2a	70			
3.	Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:				
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	25	30		
b)	dotyczy wyłącznie obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)	5			
4.	Inne kryteria:				
a)	osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)	30	60		
b)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	1			
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	1			
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	- w przypadku jednej osoby		1	
		- w przypadku więcej niż jedna osoba		5	
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt. 3.5 wniosku)	2			
f)	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	20			
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 – Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter	-20			
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	1			
II.	RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT. 1-4)	maksymalnie 180			
III.	Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi:				

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

Uzasadnienie eksperta (o ile dotyczy)

.....

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
pieczętka 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 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 1	

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>pieczęćki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących umowę</i></p> <p>data, podpis</p>	<p><i>pieczęćka 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 przepisem 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 przepisem 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