Nr sprawy .........................................

[](https://www.google.pl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiKltu8oeraAhUuyqYKHeC-BHYQjRx6BAgBEAU&url=https%3A%2F%2Fwww.pfron.org.pl%2Fdla-mediow%2Flogo-funduszu%2F&psig=AOvVaw3gJmB6d-QYV5tvVale7q-F&ust=1525461592370714)

.............................................................

data wpływu wniosku

Program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P”**- wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

**do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Suwałkach ul. Świerkowa 60, tel. 875659283**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD” - 2018 r.**

*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.*

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

**CZĘŚĆ A** (*właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola*  )

|  |
| --- |
| **Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową** |
|  **Obszar A – Zadanie nr 1** pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu |
|  **Obszar B – Zadanie nr 1**pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
|  **Obszar C – Zadanie nr 2** pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
|  **Obszar C – Zadanie nr 3** pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |
|  **Obszar C – Zadanie nr 4** pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano  nowoczesne rozwiązania techniczne |

# Informacje Wnioskodawcy - *należy wypełnić wszystkie pola*

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE**  **Imię**................................................................... **Nazwisko**..............................................................................................................  **Dowód osobisty** seria i nr ............................................................. wydany w dniu................................ przez............................... ......................................................................................................................................., ważny do dnia ......................................r.  **Data urodzenia** .........................................r.PESEL **           Stan cywilny:**  wolna/y  zamężna/żonaty **Płeć:**  kobieta  mężczyzna  **Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:** samodzielne (osoba samotna) wspólne | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** **- pobyt stały**  Kod pocztowy   -   ..........................................  (poczta)  Miejscowość ...........................................................................  Ulica ......................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ........... Powiat .................................  Województwo ....................................................................... | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy   -   ..........................................  (poczta)  Miejscowość ...........................................................................  Ulica ......................................................................................  Nr domu ........... nr lok. ........... Powiat .................................  Województwo ....................................................................... |

**STRONA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adres korespondencyjny** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): | | | | | | Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu............................................  nr tel. komórkowego:.................................................................................. e-mail (*o ile dotyczy*): ................................................................................. | | | | | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | | |  - firma handlowa  - media  - Realizator programu   - PFRON  - inne, jakie: ................................................................. | | | | | | | | |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** | | | | | | | | | | | |
|  całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | | | | | | |  znaczny stopień | | |  I grupa inwalidzka | |
|  całkowita niezdolność do pracy | | | | | | |  umiarkowany stopień | | |  II grupa inwalidzka | |
|  częściowa niezdolność do pracy | | | | | | |  lekki stopień | | |  III grupa inwalidzka | |
| Orzeczenie 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 samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**   **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**   | | | | | | | | | | | |
|  **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** | | | | | | | | | | | |
|  zatrudniona/y: od dnia:...................... do dnia: .........................  na czas nieokreślony  inny, jaki: ................................... | | | | | | | | | | | |
| Nazwa pracodawcy: ........................................................................................................................................................................  Adres miejsca pracy: ............................................................................................. | | | | | | | | | | | |
|  stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  umowa cywilnoprawna  staż zawodowy   stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | | | | | | | | | | | |
|  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: ....................................................................................................... | | | | | | | | | |

**STRONA 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE** | | |
| podstawowe | gimnazjalne | zawodowe |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie: ………………………………………………………….… | |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I** | | |
|  ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM |
|  SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | INNA, jaka: |
| STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | STUDIA PODYPLOMOWE | STUDIA |
| STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | |  nie dotyczy |
| **NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**  **Nazwa szkoły** ..................................................................................................................................................................................... **klasa/rok** .............. **Kod pocztowy** .......................................**Miejscowość** ...................................................................................... **ulica** ........................................................................................... **Nr telefonu** ................................................................................... | | |

# 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub na jego rzecz inna osoba (np. rodzic, opiekun prawny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR? | | | | | | tak nie | |
| **Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia** | **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** | **Wysokość dofinansowania**  (w zł) | | **Kwota**  **rozliczona**  przez organ udzielający  pomocy  (w zł) |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** | | | | |  | |  |

**STRONA 4**

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie   **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie   **Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .......................................................................  ...........................................................................................................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................................................................  **Uwaga! Wymagalne zobowiązanie** – należy przez to rozumieć:   1. w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone, 2. w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:   − wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,  − wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,  − wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności, |

# 3. Uzasadnienie wniosku

|  |  |
| --- | --- |
| 1) wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu | ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 2) w przypadku ponownego ubiegania się na ten sam cel, należy wykazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę kolejnego dofinansowania *(istotne przesłanki: nauka wnioskodawcy, zatrudnienie, pogorszenie się stanu zdrowia, zużycie/wyeksploatowanie dofinansowanego sprzętu)*  - o ile dotyczy | ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

**STRONA 5**

# 4. 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** (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Czy w 2017 lub 2018 roku został Pan/i poszkodowany/a w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?\* (udokumentować w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak”)  *\*należy przez to rozumieć:*  *a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1067 ze zm.), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1769 ze zm.)*  *b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję);* |  - tak - nie |
| 2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? |  - tak (1 osoba)   - tak (więcej niż jedna osoba)   - nie |
| 3) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.  (udokumentować w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” ) |  - tak - nie |
| 4) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny Wnioskodawcy **pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania** (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten cel, w tym poprzez PFRON, PCPR, MOPR)? |  - tak  - nie |

**STRONA 9**

## CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   1. sprawa objęta wnioskiem nie dotyczy mnie osobiście, mego małżonka, wstępnego lub zstępnego rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, 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 zasadami, 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 pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki 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**  (*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 | Dane zawarte we wniosku są kompletne i poprawne; wniosek oraz złożone załączniki są ze sobą zgodne |  - tak  - nie | |  |
| 5 | We wniosku i załącznikach wypełniono wszystkie wymagane rubryki |  - tak  - nie | |  |
| 6 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy (zgodność reprezentacji Wnioskodawcy) |  - tak - nie | |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | | | ......................................................... r. | |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | | | - tak - nie | |
| We wniosku występują uchybienia kwalifikujące się do wezwania do ich usunięcia | | | - tak - nie | |
| Data pisma wzywającego do usunięcia uchybień | | | ......................................................... r. | |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie: .................................  ................................................................................................................................ | | | - tak - nie | |
| Weryfikacja formalna wniosku: | | |  pozytywna  negatywna | |

**STRONA 10**

|  |  |
| --- | --- |
| ***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***      *data, podpis:.........................................................................................* | ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***      *data, podpis:.......................................................................................* |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU - dotyczy Modułu I**  **Wydatki inwestycyjne** | | | | |  |
| **KRYTERIA OCENY WNIOSKU** – punktacja stała | | | Liczba punktów | Maks.  liczba  punktów | Punktacja wniosku |
| **1.** | **Kryteria preferencyjne:** | | | |  |
| a) | **osoba zatrudniona** *(zgodnie z ust. 31 pkt 34 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 r.)* | | **60** | **60** |  |
| b) | **osoba, która w 2017 lub 2018 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** *(zgodnie z ust. 31 pkt 18 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2018 r.)* | | **15** | **15** |  |
| **2.** | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne:** | | | |  |
| a) | stopień niepełnosprawności *(jeden do wyboru)* | znaczny (I grupa inwalidzka) | **10** | **10** |  |
| umiarkowany (II grupa inwalidzka)  lekki (III grupa inwalidzka) | 8 |  |
| b) | orzeczenie o niepełnosprawności (dot. osób do 16-go roku życia) | | 10 |  |
| **3.** | **Zakres niepełnosprawności:** | | | | |
| a) | osoba poruszające się na wózku inwalidzkim | | **10** | **15** |  |
| b) | osoba po amputacji kończyny/kończyn | |
| c) | osoby niewidome | |
| d) | osoby głuchoniewidome lub osoby z inną niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | |
| e) | osoby z dysfunkcją narząduwzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności | | **5** |  |
| f) | wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego | |  |
| g) | osoba z dysfunkcją narządu ruchu (05-R)lub (10-N) i (12-C) potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu | |  |
| **4.** | **Aktywność zawodowa:** | | | |  |
| a) | osoba zarejestrowana w urzędzie pracy, jako osoba bezrobotna | | **5** | **5** |  |
| b) | osoba zarejestrowana w urzędzie pracy, jako poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu | |
| **5.** | **Aktualny etap kształcenia:** | | | |  |
| a) | osoba studiująca | | **8** | **8** |  |
| b) | osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej | |
| c) | osoba ucząca się w szkole gimnazjalnej | |
| d) | osoba ucząca się w szkole podstawowej | |
| **6.** | **Inne Kryteria:** | | | |  |
| a) | Wnioskodawca/podopieczny, ani na jego rzecz inna osoba, nie otrzymała dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | **20** | **32** |  |
| b) | Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe lub samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | | **4** |  |
| c) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | | **4** |  |
| d) | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy/podopiecznego | | **4** |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU** | | | **maksymalnie 145** | |  |
| Minimalny próg punktowy dla celów bieżącego udzielania dofinansowania: **13 pkt** | | | | |  |

**STRONA 11**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU - dotyczy Modułu I**  **Wydatki bieżące** | | | | |  |
| **KRYTERIA OCENY WNIOSKU** – punktacja stała | | | Liczba punktów | Maks.  liczba  punktów | Punktacja wniosku |
| **1.** | **Kryteria preferencyjne:** | | | |  |
| a) | **osoba zatrudniona** *(zgodnie z ust. 31 pkt 34 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 r.)* | | **60** | **60** |  |
| b) | **osoba, która w 2017 lub 2018 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** *(zgodnie z ust. 31 pkt 18 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2018 r.)* | | **15** | **15** |  |
| **2.** | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne:** | | | |  |
| a) | stopień niepełnosprawności *(jeden do wyboru)* | znaczny (I grupa inwalidzka) | **10** | **10** |  |
| umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 8 |  |
| b) | orzeczenie o niepełnosprawności (dot. osób do 16-go roku życia) | | 10 |  |
| **3.** | **Zakres niepełnosprawności:** | | | | |
| a) | osoba poruszające się na wózku inwalidzkim | | **10** | **15** |  |
| b) | osoba po amputacji kończyny/kończyn | |
| c) | osoby niewidome | |
| d) | osoby głuchoniewidome lub osoby z inną niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | |
| e) | osoby z dysfunkcją narząduwzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności | | **5** |  |
| f) | wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego | |  |
| g) | osoba z dysfunkcją narządu ruchu (05-R)lub (10-N) i (12-C) potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu | |  |
| **4.** | **Aktywność zawodowa:** | | | |  |
| a) | osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna | | **5** | **5** |  |
| b) | osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu | |
| **5.** | **Aktualny etap kształcenia:** | | | |  |
| a) | osoba studiująca | | **8** | **8** |  |
| b) | osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej | |
| c) | osoba ucząca się w szkole gimnazjalnej | |
| d) | osoba ucząca się w szkole podstawowej | |
| **6.** | **Inne Kryteria:** | | | |  |
| a) | Wnioskodawca/podopieczny, ani na jego rzecz inna osoba, nie otrzymała dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | **20** | **32** |  |
| b) | Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe lub samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | | **4** |  |
| c) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy | | **4** |  |
| d) | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy/podopiecznego | | **4** |  |
| **RAZEM OCENA WNIOSKU** | | | **maksymalnie 145** | |  |
| Minimalny próg punktowy dla celów bieżącego udzielania dofinansowania: **13 pkt** | | | | |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU** | | |
| Pieczątka 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:negatywna:  data i czytelny podpis eksperta |

**STRONA 12**

**Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON**: ........................................ **r.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**  **pozytywna:**  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:....................................................................................................  **negatywna:**  w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:................................................................................................... | | |
| **Deklaracja bezstronności**  **Oświadczam, że:**   1. sprawa objęta wnioskiem nie dotyczy mnie osobiście, mego małżonka, wstępnego lub zstępnego rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, 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 zasadami, 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. | | |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w** **zł):** | | |
| ** Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1**  ..........................................zł | | ** Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1**  .........................................zł |
| ** Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2**  ...........................................zł | | ** Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3**  ...........................................zł |
| ** Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4**  ...........................................zł | | |
| **W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C Zadanie nr 3 lub 4** | | |
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:  ................................. zł | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:  ........................... zł | |

**STRONA 13**

|  |
| --- |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**:  ............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................ |
| Suwałki, dnia .................................... ...................................................................................  podpisy osób podejmujących decyzję |

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

|  |  |
| --- | --- |
| *pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących umowę*        data, podpis:........................................................................... | *pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*          data, podpis:......................................................................................... |