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



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

 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 środkówPFRON) | **Beneficjent**(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środkiPFRON) | **Numer i data zawarcia umowy** | **Termin****rozliczenia** | **Wysokość dofinansowania**(w zł) | **Kwota****rozliczona**przez organ udzielającypomocy(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:.........................................................................................  |