Data wpływu:	Nr sprawy: ...../2016

Wypełnia Realizator programu – PCPR w Brzozowie *program finansowany ze środków PFRON*

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..", czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

MODUŁ I

Obszar A – Zadanie nr 1

pomoc przy zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię..... **Nazwisko**..... Dataurodzenia .....r.

Dowódosobistyseria ..... numer ..... wydanywdniu.....r. przez.....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Płeć:** ☐kobieta ☐mężczyzna

Wnioskodawcajest osobą: **Stan cywilny**: ☐wolna/y ☐zamężna/żonaty

☐ samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

☐ wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

Kontakt telefoniczny: nr kier. .....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (*o ile dotyczy*): .....

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO - (będącego osoba niepełnosprawną – o ile dotyczy)

Imię..... **Nazwisko**..... Dataurodzenia ..... r.

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Płeć: ☐**kobieta** ☐**mężczyzna** Pełnoletni: ☐tak ☐nie

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)- pobyt stały	**ADRES ZAMELDOWANIA**
Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)	(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Miejscowość	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)
ulica	Miejscowość .....
Nr domu ..... Nr lok. ..... Powiat	ulica .....
Województwo	Nr domu ..... Nr lok. .....
☐miasto do 5 tys. mieszkańców ☐inne miasto ☐wieś	Województwo .....

Źródło informacji o możliwości uzyskaniadofinansowania w ramach programu	☐ PCPR ☐PFRON ☐ media ☐ inne, jakie

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprbrzozow.pl

2. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności

☐całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐znaczny stopień	☐I grupa inwalidzka
☐całkowita niezdolność do pracy	☐umiarkowany stopień	☐II grupa inwalidzka
☐częściowa niezdolność do pracy	☐lekki stopień	☐III grupa inwalidzka
☐orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:☐okresowo do dnia: .....☐bezterminowo		
Niepełnosprawność istnieje: ☐od urodzenia ☐od roku		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWMNOŚCI

☐**NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** ☐obu **kończyn górnych** ☐jednej **kończyny górnej**

☐obu **kończyn dolnych** ☐jednej **kończyny dolnej** ☐**innym** .....

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:☐

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza się niesamodzielnieprzy 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

3. 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**: .... **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** .....
☐**stosunek pracy na podstawie umowy o pracę** ☐**stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę** ☐**umowa cywilnoprawna**☐**staż zawodowy**	

☐**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**:.....

4. Zdobyte wykształcenie

☐podstawowe	☐gimnazjalne	☐zawodowe
☐średnie ogólne	☐średnie zawodowe	☐policealne
☐wyższe	☐inne, jakie:	
Obecnie wnioskodawca pobiera naukę		
☐ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐LICEUM	☐TECHNIKUM
☐SZKOŁA POLICEALNA	☐KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐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 domu** .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?	tak☐nie☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
			Razem uzyskane dofinansowanie:		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak☐ nie☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak☐ nie☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:.....

.....

Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*" należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

6. Uzasadnienie

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (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.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	☐ - tak ☐ - nie
4) 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
5) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeżeli w/w informacje zostaną udokumentowane np. zaświadczenie lekarskie, zaświadczenie z GOPS-u, Wnioskodawca uzyska większą liczbę punktów podczas oceny wniosku. Czy dodatkowo występuje źle zurbanizowana bądź skomunikowana komunikacja z innymi miejscowościami?	☐ - tak ☐ - nie ....
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca podnosi kwalifikacje zawodowe (dotyczy 3 lat wstecz przed złożeniem wniosku).	☐ - nie ☐ - tak,wymienić rodzaj (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych itp.) …… ……

7.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania MODUŁ I/Obszar A/Zadanie 1

	Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*
☐	**dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie**	
☐	**automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła**	
☐	**elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia**	
☐	**specjalne siedzenia**	
☐	**elektroniczna obręcz przyspieszenia**	
☐	**ręczny gaz – hamulec**	
☐	**przedłużenie pedałów**	
☐	**sterowanie elektroniczne**	
☐	**podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego**	
☐	**przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników**	
☐	**system wspomagania parkowania**	
☐	**inne, jakie:**	
	RAZEM	

8. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 7 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) max 5 000 zł

9. Informacje uzupełniające

☐Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....☐Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

☐Użytkuję samochód marki ..... rok produkcji ..... nr rejestracyjny ..... na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

☐Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....

☐NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU☐POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:.....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

☐**NIE**☐**TAK**w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

UWAGA: w przypadku wnioskodawcy małoletniego lub podopiecznego pojęcie własność/współwłasność dotyczy opiekuna ustawowego lub opiekuna prawnego.

Oświadczam, że:

1. **w ramach niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam, się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Brzozowie ☐ tak - ☐ nie,**
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprbrzozow.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej15 %** ceny brutto, t.j.
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanejprzez Wnioskodawcęfaktury 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 ..... /..... /2017 r. .....

podpis wnioskodawcy

10. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (akt urodzenia)	☐	☐	
5.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	☐	☐	
6.	Oferta cenowa przedmiotu objętego dofinansowaniem	☐	☐	

7.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
8.		☐	☐	
9.		☐	☐	
10.		☐	☐	
11.		☐	☐	

Słownik

Obszar A – likwidacja bariery transportowej:
Zadanie 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

*** dysfunkcja narządu ruchu (w przypadku Obszaru A)** – należy przez to rozumieć dysfunkcje stanowiąca podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności); w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcja narządu ruchu, która nie jest przyczyna wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencja ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, i następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;

*** gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

*** wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub

*** samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

*** koszty kursu i egzaminów** – należy przez to rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające;

*** zatrudnienie** – należy przez to rozumieć:
- stosunek pracy na podstawie umowy o prace, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o prace, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został

powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy ni_ 3 miesiące,
- działalność rolnicza w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008r. Nr 50, poz. 291, z pózn. zm.),
- działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010r. Nr 220, poz. 1447, z pózn. zm.),
- zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy,
- sta_ zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415, z pózn. zm.).

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU, W ROZUMIENIU PRZEZPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH

Przez przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. Dochody z różnych źródeł sumują się. W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 września 2015 r. - M.P. 2015 poz. 861), według wzoru: [(2.506 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy).

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.

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

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby;

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:.....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – ***poniżejnależy wymienićtylkostopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą***:		**x**
2.		
3.		
4.		
5.		
	RAZEM	

<u>Oświadczam, także że</u>:

1) średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie złotych: .....);
*(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**)*
2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia ..... 2017 r. .....
miejscowość *podpis Wnioskodawcy*

<u>Uwaga:</u>
W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie 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.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie z siedzibą w Brzozowie przy ul: 3-go Maja 51 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 Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

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 Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Brzozowie przy ul. 3-go Maja 51 (administrator danych) 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 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

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

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....

miejscowość, data

……

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu pilotażowego „Aktywny samorząd”

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko ……

2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Adres (miejsce pobytu) ……

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy *(zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

☐	występuje dysfunkcja narządu ruchu	pieczątka, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
☐	schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	innych schorzeń (jakich?) ……	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	brak jest dysfunkcji narządu ruchu	pieczątka, nr i podpis lekarza

……

miejscowość i data wydania zaświadczenia pieczęć imienna i podpis lekarza

KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKÓW W RAMACH MODUŁU I OBSZAR A i B PILOTAZOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”

	Kryteria oceny	Maksymalna liczba punktów	Liczba punków
1.	**Aktywność zawodowa (jedno kryterium do wyboru):**		
	osoba zatrudniona	50	
	osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukująca pracy przez okres dłuższy niż 6 miesięcy *	20	
2.	**Stopień i zakres niepełnosprawności:**		
a)	niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia)	10	
b)	orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniami, o których mowa w art.6b ust.3 pkt 7(konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji) i 8 (konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji) ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046)	10	
3.	**Inne kryteria**		
a)	związek udzielonego dofinansowania z możliwością realizacji celów programu	10	
b)	wnioskodawca po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie na przedmiot dofinansowania określony w danym zadaniu	10	
c)	osoba realizująca obowiązek szkolny lub osoba pobierająca naukę na poziomie wyższym (nauka w szkole wyższej, szkole policealnej, kolegium lub otwarty przewód doktorski poza studiami doktorskimi)	10	
	RAZEM pkt 1-3	**maksymalnie 100 pkt**	

*okres rejestracji dłuższy niż 6 miesięcy nie dotyczy osób, które zarejestrowały się w PUP z powodu utraty zatrudnienia w okresie 6 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę,	Data, pieczątki i podpisy 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	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ ...../ 2017 r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐**pozytywna**	☐**negatywna**
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	

pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 2017 r. (o ile dotyczy)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../2017 r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu II

negatywna: ☐ w ramach Modułu II

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... 2017 r. ....

data podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę	***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***