

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chrzanowie

PCPR.RS.512.02.I.....2019

## WNIOSEK

o przyznanie dofinansowania ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Moduł I/Obszar B/Zadanie 1/Zadanie 3/Zadanie 4 (pomoc z zakupie sprzętu  
elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania)**

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon/e'mail .....

Stopień niepełnosprawności (grupa inwalidzka) Wnioskodawcy.....

### II. Rodzaj niepełnosprawności:\*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu ruchu w zakresie obu kończyn górnych
- dysfunkcja narządu ruchu w zakresie obu kończyn dolnych
- dysfunkcja narządu ruchu w zakresie jednej kończyny dolnej
- dysfunkcja narządu ruchu w zakresie jednej kończyny górnej
- schorzenia narządu wzroku
- schorzenia narządu słuchu i mowy
- schorzenia psychiczne i umysłowe
- inne, jakie?.....

### III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:\*

- pracuję (nazwa miejsca pracy)  
.....
- prowadzący działalność gospodarczą
- bezrobotna(y)/ poszukująca pracy
- d ) otrzymuję zasiłek/nie otrzymuję zasiłku
- e ) rencista / emeryt

- f) dzieci, młodzież do lat 18/ osoba w wieku od lat 18 do lat 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)

**IV. Źródła utrzymania:\***

- wynagrodzenie za pracę
- przychody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej
- renta /emerytura
- zasiłek dla bezrobotnych
- zasiłek socjalny
- stypendium
- inne, jakie?.....

**V. Zdobyte wykształcenie:\***

- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie ogólne
- średnie zawodowe
- policealne
- wyższe
- inne, jakie? .....

**VI. Obecnie pobieram naukę:\***

- tak, nazwa placówki .....
- nie
- przedszkole/żłobek, nazwa placówki  
.....

**VII. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy (zawarta umowa):**

- a) kwota przyznanego dofinansowania.....
- b) numer zawartej umowy.....
- c) cel przyznanego dofinansowania.....
- d) data przyznanego dofinansowania.....
- e) stan rozliczenia (rozliczono się, nie rozliczono się, w trakcie rozliczenia).....

**VIII. Uzasadnienie składanego wniosku** (jeśli Wnioskodawca ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego dofinansowania ze środków PFRON)

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

**IX. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej:\***

- pierwszy raz uzyskam dofinansowanie na cel wskazany we wniosku,
- w gospodarstwie domowym są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dot. niepełnosprawności),
- podnoszę swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych, działam na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych, itp., jeśli tak, to jakie/gdzie?  
.....  
.....
- występują u mnie utrudnienia (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, zła sytuacja rodzinna, trudności finansowe, inne, jakie?), jeśli tak, wskaż jakie?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**X. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:**

<b>Sprzęt elektroniczny:</b>	<b>Kwota brutto:</b>
<b>Elementy sprzętu elektronicznego:</b>	<b>Kwota brutto:</b>
<b>Oprogramowanie:</b>	<b>Kwota brutto:</b>

**XI. Wnioskowana kwota dofinansowania:**

- a) orientacyjna kwota brutto .....
- b) kwota wnioskowana .....

**XII. Informacje uzupełniające:\***

- posiadam następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie  
 .....
- nie posiadam sprzętu komputerowego
- ukończyłem kursy komputerowe, jakie? .....

**XIII. Informacja o posiadanym rachunku bankowym**

- nie posiadam konta

<b>Nazwa banku</b>	
<b>Nr rachunku bankowego</b>	

**XIV. Oświadczenia wnioskodawcy:**

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód\*\* netto rodziny\*\*\*** , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł .....** zł.

2. Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce zamieszkania
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika*

**Oświadczam, że:**

3. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
4. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Realizatora programu,
5. posiadam zobowiązania wobec PFRON/Realizatora programu (jeśli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania  
.....)
6. o wnioskowane dofinansowanie niniejszego wniosku ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu terytorialnego w Chrzanowie,
7. oświadczam, iż w okresie ostatnich 3 lat **nie uzyskałam/em** pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu,
8. oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, **co najmniej 10%** - dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, **lub 30%** - dotyczy osób niepełnosprawnych z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, **ceny brutto zakupu/usługi**),
9. oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem/am** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
10. oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
11. uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny, dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O ewentualnych zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od daty ich powstania,
12. przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż złożenie wniosku o dofinansowanie, nie gwarantuje uzyskania dofinansowania w ramach przedmiotowego zadania.
13. Administratorem danych jest Realizator programu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie

o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) – ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.).

Pana/i dane osobowe przekazywane są również do PFRON. PFRON przetwarza Pani/a dane osobowe w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

## **XV. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....syn/córka .....  
imię i nazwisko ..... imię ojca  
seria .....nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
nr PESEL ..... nr NIP .....  
miejsowość ..... ulica .....  
nr kodu ..... poczta ..... powiat .....  
województwo ..... nr tel. ....  
ustanowiony Opiekunem<sup>1</sup>/Pełnomocnikiem<sup>1</sup> .....  
<sup>1</sup>postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. ....sygn. akt .....  
<sup>1</sup>na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... repet. nr .....

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

## **UWAGA !!!**

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu**

\* właściwe zaznaczyć

\*\* **dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne
- deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu** na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, m.in.:

- renty inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin,
- świadczenia pieniężne, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny, emerytury i renty z tytułu inwalidztwa wojennego,
- zasiłki chorobowe rolników,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób przebywających czasowo za granicą,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych,
- dodatki za tajne nauczanie,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe,
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- świadczenia otrzymywane przez posła i senatora,
- dochody uzyskiwane za granicą pomniejszone o zapłacone: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,
- zaliczka alimentacyjna.

\*\*\* przez rodzinę należy rozumieć odpowiednio następujących członków rodziny:

**a) małżonków,**

**b) rodziców dzieci,**

**c) opiekuna faktycznego dziecka** (osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka),

**d) pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia,**

**e) dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności**, jeżeli z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. poz. 567);

do członków rodziny

**nie zalicza się:**

a) dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,

b) dziecka pozostającego w związku małżeńskim,

c) pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko;

**Do opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie** stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (zgodnie z treścią art. 175 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, bądź orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia),
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające pełną informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (zał. nr. 1),
3. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
4. Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,

6. Oferta handlowa sprzętu elektronicznego wraz ze specyfikacją,
7. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.



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

załącznik nr 1 do wniosku

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** – dotyczy osób  
niepełnosprawnych **z dysfunkcją narządu ruchu**  
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

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

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne  
potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

Stwierdza się niepełnosprawność Pacjenta:\*

- jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych
- jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej górnej
- brak obu kończyn górnych
- brak obu kończyn dolnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- inne schorzenia

.....  
(*data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty*)

\* właściwe zaznaczyć

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

zał. nr 1 do wniosku

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** – dotyczy osób  
niepełnosprawnych **z dysfunkcją narządu wzroku**  
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Na podstawie wywiadu i dokumentacji medycznej stwierdza się, że:\*

a) dysfunkcja narządu wzroku pacjenta dotyczy

- jednego oka
- obydwu oczu

b) pacjent ma zwężone pole widzenia:\*

- w oku lewym do .....stopni
- w oku prawym do .....stopni
- nie dotyczy

c) pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):\*

- w oku lewym wynosi .....
- w oku prawym wynosi .....
- nie dotyczy

d) pacjent jest osobą niewidomą:\*

- tak
- nie

.....  
(*data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty*)

\* właściwie zaznaczyć

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** – dotyczy osób  
niepełnosprawnych **z dysfunkcją narządu słuchu**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Ubytek słuchu:\*

- powyżej 70 decybeli (db)
- poniżej 70 decybeli (db)

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się:\*

- tak
- nie

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

.....  
(data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

\* właściwe zaznaczyć

## 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 związana z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłam 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 byłam zatrudniona 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:

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

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku</i>	<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację merytoryczną wniosku</i>	<i>Data i czytelne podpisy eksperta/ów (jeśli dotyczy)</i>	<i>Data, pieczętka, podpis pracownika przygotowującego umowę o dofinansowanie</i>

## WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej	Spełnione warunki weryfikacji formalnej*	Uwagi
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3.	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4.	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

\* właściwe zaznaczyć

### Weryfikacja formalna wniosku:\*

- pozytywna
- negatywna

**Wniosek został uzupełniony we wskazanym terminie:\***

- tak
- nie

**Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia:\***

- tak
- nie

.....  
*(data, pieczętka i podpis pracownika podejmującego decyzję)*

.....  
*(data, pieczętka i podpis dyrektora jednostki)*

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej: .....

\* właściwe zaznaczyć

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU NR:.....- WYPEŁNIA REALIZATOR**

<b>KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała</b>		<b>Liczba punktów</b>	<b>Maksymalna liczba punktów</b>	<b>Punktacja wniosku</b>
<b>1</b>	<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>			
a)	osoba z dysfunkcją narządu ruchu	5	10	
b)	osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych	10		
c)	osoba z dysfunkcją narządu wzroku	10		
d)	osoba niewidoma	10		
e)	osoba z dysfunkcją narządu słuchu	10		
f)	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome	5		
g)	inne, niż wymienione powyżej	5		
<b>2</b>	<b>Stopień niepełnosprawności (lub równoważne)</b>			
a)	znaczny	10	10	
b)	umiarkowany	5		
c)	orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 r. ż)	10		
<b>3</b>	<b>Aktywność zawodowa</b>			
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	70	70	
b)	osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu	30		
c)	Osoba podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych	20		
d)	Emeryt/rencista w wieku aktywności zawodowej (bez zatrudnienia)	10		
<b>4</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia</b>			
a)	przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum	30	30	
b)	nauka w szkole ponadgimnazjalnej	30		
c)	osoba kontynuująca studia (bez względu na poziom i formę)	20		
<b>5</b>	<b>Spełnienie celów szczegółowych programu</b>			
a)	przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego	5	25	
b)	przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	5		
c)	umożliwienie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie	5		
d)	poprawa szans beneficjentów programu na rywalizację o zatrudnienie na otwartym rynku pracy poprzez podwyższanie kwalifikacji	5		
e)	wzrost kompetencji osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pracowników lub pracujących na rzecz jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowych	5		
<b>7</b>	<b>Inne kryteria</b>			
a)	osoba niepełnosprawna <b>uzyska po raz pierwszy</b> dofinansowanie ze środków PFRON danego przedmiotu dofinansowania	5	25	
b)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5		
c)	osoba zamieszkująca wieś	5		
d)	uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania, wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia podniesie jakość wykonywanej pracy	10		
	<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-7)</b>	<b>Maksymalnie 170 pkt</b>		

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 75

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku			Pozytywna                      Negatywna

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

.....

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON\*

- POZYTYWNA** w ramach Modułu/Obszaru/Zadania.....
- NEGATYWNA** w ramach Modułu/Obszaru/Zadania.....

### Deklaracja bezstronności

#### Oświadczam, że:

- 5) 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 związana z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 6) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłam właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 7) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłam zatrudniona w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło u Wnioskodawcy,
- 8) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości, co do mojej bezstronności.

#### Zobowiązuję się do:

- 5) ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- 6) spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- 7) niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- 8) zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4
- 9)

### PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (W ZŁ)\*

- Moduł I Obszar A – Zadanie 1** .....
- Moduł I Obszar A – Zadanie 2** ....., w tym:
  - koszty kursu i egzaminów .....
  - pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy .....
- Moduł I Obszar A – Zadanie 3** .....
- Moduł I Obszar A – Zadanie 4** .....
- Moduł I Obszar B – Zadanie 1** .....
- Moduł I Obszar B – Zadanie 2** .....
- Moduł I Obszar B – Zadanie 3** .....
- Moduł I Obszar B – Zadanie 4** .....
- Moduł I Obszar B – Zadanie 5** .....
- Moduł I Obszar C – Zadanie 2** .....
- Moduł I Obszar C – Zadanie 3** ....., w tym:
  - koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON .....
- Moduł I Obszar C – Zadanie 4** ....., w tym:
  - koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON .....



- Moduł I Obszar C – Zadanie 5** .....
- Moduł II, w tym:**
- 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, tj. ....
- dodatek na pokrycie kosztów kształcenia, tj. ....

**Uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data, pieczętka i podpis pracownika podejmującego decyzję)

.....  
(data, pieczętka i podpis dyrektora jednostki)

\* właściwie zaznaczyć