

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 C/Zadanie 3 (pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości)

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
- dysfunkcja narządu słuchu
- schorzenia narządu słuchu i mowy
- schorzenia psychiczne i umysłowe
- jestem osobą głuchoniewidomą
- inne, jakie?.....

III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:*

- pracuję (nazwa miejsca pracy)
.....
- prowadzący działalność gospodarczą
- c) 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:

Proteza kończyny górnej, po amputacji:*

- w zakresie ręki
- przedramienia
- ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

Proteza kończyny dolnej, po amputacji:*

- na poziomie podudzia
- na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Przyczyna amputacji:*

- uraz
- inna, jaka?

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:*

- stabilny
- niestabilny

XI. Informacje uzupełniające:*

1. Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy

- Tak, w ramach jakiego programu
- Nie

2. Wnioskodawca użytkuje protezę:*

- Tak
- Nie

XII. Wnioskowana kwota dofinansowania:

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto	Kwota wnioskowana
Proteza		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		
RAZEM:		

XIII. Informacja o posiadanym rachunku bankowym

- nie posiadam konta

Nazwa banku																																							
Nr rachunku bankowego	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																						

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.				

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 posiadam środki własne w wysokości, co najmniej 10% ceny brutto zakupu/usługi na zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,

8. oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem/am** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

9. 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,

10. 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,

11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie wniosku o dofinansowanie, nie gwarantuje uzyskania dofinansowania w ramach przedmiotowego zadania.

12. 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

serianr wydany w dniu przez

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel.

ustanowiony Opiekunem¹/Pełnomocnikiem¹

¹postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. akt

¹na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. nr

.....
miejsowość, data

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

* właściwe zaznaczyć

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

- a) 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
- b) 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,
- c) **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 stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik,
2. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy (jeśli dotyczy),
3. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
4. Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (zał. nr 1),
5. Dwie oferty z niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteżowni), wypełnione elektronicznie przez wystawcę na drukach zamieszczonych na stronie internetowej www.pfron.org.pl lub www.pcpchrzanow.pl,
6. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.

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

zał. nr 1 do wniosku

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL.....

Adres zamieszkania

Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:*

- amputacja w zakresie ręki
- amputacja w zakresie przedramienia
- amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym
- amputacja na poziomie podudzia
- amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym

Przyczyna amputacji:*

- uraz
- inna, jaka?

Aktualny stan procesu chorobowego:*

- stabilny
- niestabilny

.....
(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

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Rodzaj niepełnosprawności:			
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		
2	Stopień niepełnosprawności (lub równoważne)			
a)	znaczny	10	10	
b)	umiarkowany	5		
c)	orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 r. ż)	10		
3	Aktywność zawodowa			
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		
4	Aktualnie realizowany etap kształcenia			
a)	przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum	30	30	
b)	nauka w szkole ponadgimnazjalnej	30		
c)	osoba kontynuująca studia (bez względu na poziom i formę)	20		
5	Spełnienie celów szczegółowych programu			
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 podwyższenie kwalifikacji	5		
e)	wzrost kompetencji osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pracowników lub pracujących na rzecz jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowych	5		
7	Inne kryteria			
a)	osoba niepełnosprawna uzyska po raz pierwszy 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 luz poziom wykształcenia podniesie jakość wykonywanej pracy	10		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-7)		Maksymalnie 170 pkt		

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
Pieczątka 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)

* właściwe zaznaczyć