

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
nr aktu

.....  
.....  
(adres)

.....  
(data wpływu)

**Starosta Jarosławski**  
Starostwo Powiatowe w Jarosławiu  
ul. Jana Pawła II 17  
37-500 Jarosław

## WNIOSEK

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”  
(osoba pełnoletnia)

Wniosek złożono w .....

w dniu .....

Nr sprawy: .....



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

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

### 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

| <input type="checkbox"/> Moduł I   |   | <input type="checkbox"/> Moduł II<br>pomoc w uzyskaniu<br>wykształcenia na<br>poziomie wyższym |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b>   |  |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu   | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>   |  |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania   | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania                 |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>   |  |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                             |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>   |  |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne   | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Obszar D –</b> pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej |   |  |

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

| DANE PERSONALNE   |   |
|---|---|
| Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.   |   |
| Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.   |   |
| przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna  |   |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty  |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne   |   |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b><br><br>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br><small>(poczta)</small><br><br>Miejscowość .....<br><br>Ulica .....<br><br>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....<br><br>Województwo .....<br><br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś | <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br><small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small><br><br>Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br><small>(poczta)</small><br><br>Miejscowość .....<br><br>Ulica .....<br><br>Nr domu ..... nr lokalu .....<br><br>Powiat .....<br><br>Województwo ..... |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):  | <b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. ... ..nr telefonu.....<br>nr tel. komórkowego:.....<br>e'mail (o ile dotyczy): .....  |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:  |   |

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

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:                                    | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych    | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych   | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym                  |
| Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>             |   |   |
| Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>    |   |   |
| Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>   | <b>Lewe oko:</b>                                | <b>Prawe oko:</b>                               |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma   | Ostrość wzoru (w korekcji):.....                | Ostrość wzoru (w korekcji):.....                |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma   | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni            | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni            |

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy |  |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....   | Nazwa pracodawcy: .....  |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....   | Adres miejsca pracy: .....   |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę   | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:  |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  |  |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna   |  |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy   |  |
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza   | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... |
| Nr NIP: .....  | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....  |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza  | Miejsce prowadzenia działalności: .....  |



**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I**

**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, umieszczonego w tabeli nr 7 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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie  | Informacje Wnioskodawcy   |
|--|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)   | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.  | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>   |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?   | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p>   |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?   | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)      <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba)      <input type="checkbox"/> - nie</p>  |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?               | <p><input type="checkbox"/> - nie      <input type="checkbox"/> - nie dotyczy      <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)   | <p><b>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| 7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | <p><input type="checkbox"/> - tak      <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |

**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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka 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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ): | 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 (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)                           | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie          |       |
| 5   | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile 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          |       |

Data weryfikacji formalnej wniosku: ..... / ..... / 20.... r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**       **pozytywna**       **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....       - tak    - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia       - tak    - nie

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... / ..... / 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... / ..... / 20.... r. (o ile dotyczy)**

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

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – dotyczy Modułu I

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała  |   | Liczba punktów                       | Maksymalna liczba punktów | Punktacja nr 1 wniosku | Punktacja nr 2 wniosku |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>1</b>  | <b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>   |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | stopień niepełnosprawności<br>(jeden stopień do wyboru)   | znaczący (I grupa inwalidzka)        | 10                        | 30                     |                        |
|   |   | umiarkowany (II grupa inwalidzka)    | 5                         |                        |                        |
| b)  | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome  |                                      | 10                        |                        |                        |
|   | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące   |                                      | 5                         |                        |                        |
| c)  | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome   |                                      | 5                         |                        |                        |
| d)  | występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c  |                                      | 5                         |                        |                        |
| <b>2</b>  | <b>Aktywność zawodowa:</b>  |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy   |                                      | 15                        | 25                     |                        |
| b)  | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)   |                                      | 10                        |                        |                        |
| <b>3</b>  | <b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>  |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)  |                                      | 70                        | 70                     |                        |
| b)  | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)   |                                      | 65                        |                        |                        |
| c)  | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)  |                                      | 60                        |                        |                        |
| d)  | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej  |                                      | 55                        |                        |                        |
| <b>4</b>  | <b>Miejsce zamieszkania:</b>  |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców   |                                      | 5                         | 10                     |                        |
| b)  | dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)  |                                      | 5                         |                        |                        |
| <b>5</b>  | <b>Inne kryteria:</b>   |                                      |                           |                        |                        |
| a)  | Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem  |                                      | 5                         | 45                     |                        |
| d)  | dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<br>(jeden przypadek do wyboru)  | – w przypadku jednej osoby           | 5                         |                        |                        |
|   |   | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 10                        |                        |                        |
| e)  | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.8 wniosku)   |                                      | 5                         |                        |                        |
| f)  | Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia |                                      | 20                        |                        |                        |
| g)  | dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <b>skuter</b>   |                                      | - 20                      |                        |                        |
| h)  | wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia   |                                      | 5                         |                        |                        |
| <b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)</b>   |   |                                      | <b>maksymalnie 180</b>    |                        | .....                  |
| <b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b> |   |                                      |                           |                        |                        |

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../20..... r. (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: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/><br><br>data i czytelny podpis eksperta      |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... 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) 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.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1<br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2<br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D<br>..... zł                |

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Koszty kursu i egzaminów:<br>..... zł | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:<br>..... zł |
|---------------------------------------|---|

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4**

|  |   |
|--|---|
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:<br>..... zł | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:<br>..... 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:<br>..... zł | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:<br>..... zł |
|---|--|

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:



.....  
(imię i nazwisko)

.....  
nr aktu

.....  
(adres)

.....  
(data wpływu)

**Starosta Jarosławski**  
Starostwo Powiatowe w Jarosławiu  
Ul. Jana Pawła II 17  
37-500 Jarosław

## **WNIOSEK**

Pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.