

Wniosek złożono w

Nr sprawy:



Wypełnia realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” MODUŁ I

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.

CZĘŚĆ A WNIOSKU O DOFINANSOWANIE – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA, PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

INTEGRALNĄ CZĘŚCIĄ WNIOSKU JEST SPECYFIKACJA WYBRANA W DANYM OBSZARZE I ZADANIU ORAZ WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI

MODUŁ I

(należy zaznaczyć wnioskowane zadanie poprzez zakreślenie pola X)

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dla osób z dysfunkcją narządu ruchu)	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4 Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się)
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dla osób z dysfunkcją narządu ruchu)	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach programu
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3 Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dla osób z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego)	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dla osób z dysfunkcją narządu słuchu)	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych)	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3 Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dla osób z dysfunkcją narządu wzroku)	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5 Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/> Obszar D - Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

Uwaga ! Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie- pełnomocnictwo wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządaniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

1. Informacje Wnioskodawcy – (dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego(dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

W przypadku braku nr PESEL należy wpisać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakże:

DANE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

W przypadku braku nr PESEL należy wpisać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

STAN PRAWNY DOT. 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 dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

innym

NARZĄD WZROKU 04-O

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

osoba niewidoma

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I

<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni
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"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego
		<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11- I inne
		<input type="checkbox"/> 12- C 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: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <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 Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne

<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<input type="checkbox"/> SZKOŁA BRANŻOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> 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:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (w przypadku ubiegania się o dofinansowanie w Obszarze B Zadanie 1-4 w ciągu ostatnich 5 lat) przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie, w tym przez PCPR lub MOPR ?		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia:	Wysokość otrzymanego dofinansowania	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
.....		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął		

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu.</p> <p>Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/ kolejnego dofinansowania (nie dotyczy Obszaru D)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy Wnioskodawca jest zatrudniony ? (bez względu na okres i formę zatrudnienia)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>5) 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>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca został poszkodowany w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych ? Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie:

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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr.powiat-belchatowski.pl,
4. w okresie ostatnich 3 lat (w przypadku Obszaru B Zadanie 1-4 w okresie ostatnich 5 lat) uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na przedmiot dofinansowania : tak - nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego tak - nie - nie dotyczy
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 Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT/ innego dowodu księgowego,
10. otrzymałam(em) w danym roku na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków PFRON (w przypadku Obszaru C ze środków NFZ), na cel objęty umową dofinansowania tak - nie,
11. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) tak - nie,

..... dnia /..... /20.... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

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.

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 (zaznaczyć właściwe):	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 (o ile dotyczy)	<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 ponownej weryfikacji formalnej// 20.... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:				
KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Zakres niepełnosprawności:			
a)	Znaczny stopień niepełnosprawności (I grupa inwalidzka lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)	10	20	
	Umiarkowany stopień niepełnosprawności (II grupa inwalidzka)	5		
b)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	10		
2	Aktualnie realizowany etap kształcenia:			
a)	osoby studiujące (studia I i II, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)	10	10	
b)	dzieci uczęszczające do żłobka, przedszkola oraz osoby uczące się w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych	5		
3	Aktywność zawodowa:			
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)	40	40	
4	Miejsce zamieszkania:			
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców	5	5	
5	Inne kryteria:			
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5	25	
b)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.5 wniosku)	5		
c)	osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2018 lub 2019 roku	10		
d)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	5		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-5)		maksymalnie 100		
Minimalna liczba punktów, usprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi.....				

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego oceny merytorycznej wniosku

data, podpis: _____

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: _____

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

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	
pozytywna: <input type="checkbox"/>	w ramach Obszaru...../ Zadanie..... /
negatywna: <input type="checkbox"/>	w ramach Obszaru...../ Zadanie..... /
Deklaracja bezstronności	
<p>Oświadczam, że:</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.</p> <p>Zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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):	
..... 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

pieczęćki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis: _____

pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: _____

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

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 (Dz. U. z 2018 roku, poz. 2220, 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 2017 roku (Obwieszenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 roku – M.P.2018,poz.911), według wzoru $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

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. Przy czym wnioskodawca, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

Uwaga! 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** (zgodnie z przypisem nr 1):

		Przeciętny miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		x
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

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

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie 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.

Przypis nr 1

**USTAWA z dnia 28 listopada 2003 r.
o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.)**

Art. 3. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

1) dochodzie - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
 - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
 - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
 - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
 - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
 - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
 - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
 - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000, 1076, 1608 i 1629),
 - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
 - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Służby Więziennej, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
 - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
 - alimenty na rzecz dzieci,
 - stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 117 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 i 2024), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1263 i 1669) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane 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 w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu żywienia tych osób,

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I

- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
- świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, 1560 i 1669) oraz świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 – 3 i 5 oraz art. 212 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
- kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2018r. poz. 690),
- świadczenie rodzicielskie,
- zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.
- stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą	=	łączny przeciętny miesięczny dochód wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia
		<hr/>
		liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

Załącznik nr 2 do formularza wniosku pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

KLAUZULA INFORMACYJNA
(Aktywny samorząd)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, zwanym dalej RODO (Dz. Urz. UE L 119) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie. Kontakt z Administratorem Danych Osobowych jest możliwy:
 - telefonicznie: 44 715 22 61
 - listownie: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie ul. Czapliniecka 66, 97-400 Bełchatów,
 - e-mail: pcpr@powiat-belchatowski.pl
2. W PCPR w Bełchatowie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 44 739 48 07 lub adresem e-mail: iod@pcpr.powiat-belchatowski.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD” na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zw. z art. 6 ust. 1 lit. i art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione z mocy prawa (PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu)
5. PCPR w Bełchatowie nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do realizacji wskazanego celu, szczególnie z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych w PCPR w Bełchatowie, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem realizacji wniosku.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej:

....., dnia.....
Miejscowość *podpis Wnioskodawcy*

