

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

PESEL

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

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

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   -    .....  
(pocztą)

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, jakie:

### 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   -    .....  
(pocztą)

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

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> <input type="checkbox"/> <b>osoba niewidoma</b> <input type="checkbox"/> <b>osoba głuchoniewidoma</b>	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
--	--	---

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

**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 <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

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- umowa cywilnoprawna
- staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

**działalność gospodarcza**

Nr NIP: .....

- na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
- inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

**działalność rolnicza** **Miejsce prowadzenia działalności:** .....

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE** podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe policealne wyższe inne, jakie:**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ** SZKOŁA BRANŻOWA LICEUM TECHNIKUM SZKOŁA POLICEALNA KOLEGIUM INNA, jaka: STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) STUDIA PODYPLOMOWE STUDIA DOKTORANCKIE STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE nie dotyczy**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

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

**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  nie 

Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia:

Wysokość otrzymanego dofinansowania

Razem uzyskane dofinansowanie:

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak nie 

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak nie 

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

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

### 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:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Belchatowie:  
 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpr.powiat-belchatowski.pl](http://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.

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

Data, 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: \_\_\_\_\_

*sprawił poprawność weryfikacji formalnej*

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	
--	--

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

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

*pieczętka imienna  
pracownika Realizatora  
programu dokonującego oceny  
merytorycznej wniosku*

*data, podpis:*

*sprawił poprawność  
weryfikacji formalnej*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika  
właściwej jednostki organizacyjnej  
Realizatora programu*

*data, podpis:*



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"/>
			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: <input type="checkbox"/>	w ramach Obszaru...../ Zadanie..... / .....
negatywna: <input type="checkbox"/>	w ramach Obszaru...../ Zadanie..... / .....
<b><u>Deklaracja bezstronności</u></b>	
<b>Oświadczam, że:</b>	
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.	
<b>Zobowiązuję się do:</b>	
- 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.	
<b>PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):</b>	
..... zł	
<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</b>	
.....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:
---

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.		
<b>RAZEM</b>		

**Oświadczam, także że:**

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

....., dnia.....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 pobylem 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. 209 ust. 1i7 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,

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

- 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 wyżywienia tych osób,
- 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:

<b>przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą</b>	=	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. Czaplينيةcka 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*

