

WNIOSEK- Moduł I: Obszar B

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

Zadanie 5: POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO, ZAKUPIONEGO W RAMACH PROGRAMU

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.

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

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

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny do.....

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES DO KORESPONDENCJI

wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

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 PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/ PODOPIECZNEGO (dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)

DANE PERSONALNE

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia

PESEL

Pełnoletni: tak nie

Płeć: kobieta mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA (jeśli inny niż Wnioskodawcy- pobyt stały)

Kod pocztowy -

Miejscowość.....

Ulica.....

Numer domu..... Nr mieszkania.....

Powiat.....

Województwo

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

NARZĄD RUCHU 05-R, 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:

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- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 04- O choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 11- I inne |
| <input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06- E epilepsja | <input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne | |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy <input type="checkbox"/> staż zawodowy | Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <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: |

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA LICEUM TECHNIKUM SZKOŁA POLICEALNA KOLEGIUM INNA, jaka: STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) STUDIA PODYPLOMOWE STUDIA DOKTORANCKIE 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 członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPS?

tak nie

| Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia | Przedmiot dofinansowania | Wysokość dofinansowania i data udzielenia pomocy |
|--|--------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

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. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** w formie załącznika do 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 powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| <p>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>.....</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</p> <p><input type="checkbox"/> -tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> -nie</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 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> | <p><input type="checkbox"/> – nie <input type="checkbox"/> – nie dotyczy <input type="checkbox"/> – tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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, wnioskodawca został poszkodowany w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2017 lub 2018 roku. Podane informacje należy udokumentować</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>6. Czy wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i na dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? (załącznik o dochodzie)</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) | Deklarowany udział własny |
|--|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Zakup dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu elektronicznego: | | | |
| Zakup dodatkowego wyposażenia: | | | |
| Zakup dodatkowego oprogramowania: | | | |
| Koszty niezbędnych napraw: | | | |
| Koszty przeglądu technicznego: | | | |
| Koszty konserwacji: | | | |
| RAZEM | | | |

5. Informacje uzupełniające

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:

.....

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:

.....

.....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO I OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

Okres gwarancyjny w związku z zakupem sprzętu elektronicznego upłynął: NIE TAK, w dniu:r.

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu:.....r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia za środków PFRON):

.....

.....

.....

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10 % ceny brutto) | <input type="checkbox"/> - tak | <input type="checkbox"/> - nie |
| W ciągu ostatnich 3 lat byłem (am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie | <input type="checkbox"/> - tak | <input type="checkbox"/> - nie |

Oświadczam, że:

1. 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,
2. 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.pccpr.bip.klodzko.pl,
3. 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.
4. 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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na warunkach określonych w umowie dofinansowania.
6. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto: **tak** **nie**
7. W okresie ostatnich 3 lat nie byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie : **tak** **nie**
8. Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON- za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
9. Środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego lub w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Kserokopia dowodu osobistego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Faktura proforma (oferta handlowa) kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Zaświadczenie o zatrudnieniu wnioskodawcy- dotyczy zatrudnionych osób | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Zaświadczenie potwierdzające naukę | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Dokumenty potwierdzające okresy gwarancyjne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Inne załączniki (wymienić) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – 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 pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka i podpisy pracowników 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 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 5 | 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 | |
| 6 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy (zgodność reprezentacji Wnioskodawcy lub jego podopiecznego) | <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

pieczętka imienna Dyrektora PCPR w Kłodzku

data, podpis:

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

| | I KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja nr 1 wniosku |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 | Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności: | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i> | znacznym (I grupa inwalidzka) | 10 | 20 |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | |
| b) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | | 5 | |
| | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | | 5 | |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome | | 5 | |
| d) | występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) – inna niż wymieniona w lit a-c | | 5 | |
| 2 | Aktywność zawodowa: | | | |
| a) | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) lub osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy | | 55 | 55 |
| 3 | Aktualnie realizowany etap kształcenia: | | | |
| a) | Osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | | 20 | 20 |
| b) | Osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie) | | 15 | |
| c) | Osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę) | | 10 | |
| d) | Osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej | | 5 | |
| 4 | Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny | | | |
| a) | Wieś i 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 | 40 |
| b) | Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | | 5 | |
| c) | Szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.5 wniosku), uzasadnione załączoną dokumentacją | | 15 | |
| 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 | | 10 | |
| e) | Dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr I- Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter | | -20 | |
| f) | Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia | | 5 | |
| II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4) | | maksymalnie 140 | | |
| III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: | | | | |

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20..... r. (o ile dotyczy)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

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.

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:

| | | Przeciętny miesięczny dochód, obliczony za kwartał, poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. |
|---|-----------------------|--|
| 1. | Wnioskodawca | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy- poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą : | | x |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| RAZEM | | |

Oświadczam, także że:

1) przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi
.....zł.

(słownie złotych:.....)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....20.....r.
miejsowość

.....
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.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” – Moduł I - dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kłodzku przy ul. Kościuszki 2 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie „Aktywny samorząd” – Moduł I.

.....
(imię i nazwisko)*

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kłodzku przy ul. Kościuszki 2 (administrator danych) w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd” – Moduł I - , zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie (np. w dokumentach potwierdzających uzyskiwane dochody)

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

