

DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:4311.2.....2019

Dot.

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:

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

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)
	1. 2.		

Data, pieczęć i podpis kierownika działu zajmującego się realizacją programu

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:

**DECYZJA W SPRAWIE PRYZNANIA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
dla wniosku4311.2.....2019**

Dot.

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł

Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł w tym:

- Koszty kursu i egzaminów: zł

- Koszty zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu w okresie trwania kursu : zł

- Koszty usług tłumacza migowego: zł

Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3 zł w tym:

- Koszty kursu i egzaminów: zł

- Koszty zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu w okresie trwania kursu : zł

- Koszty usług tłumacza migowego: zł

Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4 zł

Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł

Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł

Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3 zł

Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4 zł

Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł

Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł

PK

Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł

Koszty zakupu protezy na III lub IV poziomie jakości: zł

Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł

Koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy na III lub IV poziomie jakości:

Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł

Moduł I Obszar D zł

Załączniki do decyzji: nie dotyczy obliczenia wysokości dofinansowania

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

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu
przygotowującego umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika działu zajmującego się
realizacją programu*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

19

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:

**DECYZJA W SPRAWIE ODMOWY DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
dla wniosku4311.2.....2019**

Dot.

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

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

Zobowiązuję się do:

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

ODMOWA PRYZNANA DOFINANSOWANIA DO MODUŁU I, OBSZAR....., ZADANIE**UZASADNIENIE:**

*pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu
przygotowującego odmowę*

data, podpis:

*pieczęćka imienna kierownika działu zajmującego się
realizacją programu*

data, podpis:

*pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

KQ

OCENA FORMALNA

WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:4311.2.....2019

Dot.

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu złożenia 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	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy	
5	Wniosek złożony na odpowiednim formularzu, załączniki sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

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

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika działu zajmującego się realizacją programu

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej (o ile dotyczy)

Karta oceny merytorycznej wniosku nr:4311.2.....2019

Moduł I Obszar Zadanie

Dot. wniosku:

I Punkty preferencyjne			
Osoba zatrudniona (spełniająca kryterium zatrudnienia zawarte w dokumencie Kierunki działania ust. 31 pkt. 44)			
- Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące	40	Max 40	
- 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			
- Działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 2336 z późn. zm.),			
- Działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2010 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.)			
- Zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)			
- Staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.)			
Osoba w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10	Max 10	
	Razem	Max 50	

II Niepełnosprawność			
Stopień niepełnosprawności			
- Znaczny (I grupa)	5	Max 7	
- Umiarkowany (II grupa)	3		
- Niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	2		
Dysfunkcja			
- Osoba porusza się na wózku inwalidzkim / przy pomocy protezy	5	Max 12	
- Osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych / obu kończyn dolnych / osoba niewidoma / osoba niesłysząca	5		
- Osoba z dysfunkcją jednej kończyny dolnej / jednej kończyny górnej / osoba niedowidząca / osoba niedosłysząca	3		
- Osoba głuchoniewidoma	2		
	Razem	Max 19	

III Kryteria dot. danego obszaru			
A1 i A4 – Osoba nie posiada żadnego oprzyrządowania samochodu	5	Max 5	
A2 i A3 – Wnioskodawca nie otrzymał wcześniej dofinansowania do żadnego kursu prawa jazdy	5		
B1 – Wnioskodawca nie otrzymał wcześniej dofinansowania do sprzętu/elementów, o który wnioskuje	0-5*		
B2 – Wnioskodawca nie ukończył wcześniej żadnego kursu obsługi sprzętu, o który wnioskuje	5		
B3 i B4 – Wnioskodawca nie otrzymał wcześniej dofinansowania do sprzętu/elementów, o który wnioskuje	0-5*		
B5 – Osoba w wieku aktywności zawodowej	5		
C2 – Osoba w wieku aktywności zawodowej	2,5		

f a

C2 – Wnioskodawca nie otrzymał wcześniej dofinansowania do naprawy wózka, który aktualnie objęty jest naprawą	2,5		
C3 – Osoba w wieku aktywności zawodowej	2,5		
C3 – Wnioskodawca nie otrzymał wcześniej dofinansowania do zakupu protezy	2,5		
C4 – Wnioskodawca nie otrzymał wcześniej dofinansowania do naprawy protezy objętej aktualnie naprawą	2,5		
C4 – Osoba w wieku aktywności zawodowej	2,5		
C5 – Osoba w wieku aktywności zawodowej	5		
D – Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko / dzieci	2,5		
D – W gospodarstwie domowym pozostaje więcej niż jedno dziecko	2,5		
	Razem	Max 5	

* Proporcjonalnie do liczby przedmiotów dofinansowania

IV Inne			
Dochód na osobę w gospodarstwie domowym			
- Do 764 zł	2	Max 2	
- Do 1500 zł	1		
Otrzymane wcześniej dofinansowanie			
- Wnioskodawca nie otrzymał dotąd żadnego dofinansowania w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd	4	Max 4	
- Przesłanki istniejące do ponownego dofinansowania w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd	0-2		
Szczególne utrudnienia wnioskodawcy	0-2	Max 2	
Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania	0-10	Max 10	
Więcej niż 1 osoba niepełnosprawna w gospodarstwie domowym	1	Max 1	
Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	2	Max 2	
Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe	1	Max 1	
Pobieranie nauki			
- Osoba studiująca / rozpoczynająca studia	2	Max 2	
- Osoba rozpoczynająca / kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej / ponadpodstawowej	1		
Osoba podnosząca kwalifikacje zawodowe (w inny sposób, niż studia i nauka w szkołach ponadgimnazjalnych / ponadpodstawowych np. kursy zawodowe)	1	Max 1	
Osoba działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych, wykazuje szczególne osiągnięcia	1	Max 1	
	Razem	Max 26	

Maksymalna liczba punktów do zdobycia	100 pkt
Minimalna liczba punktów określona do przyznania dofinansowania	25 pkt
Uzyskana liczba punktów	

Data przeprowadzenia weryfikacji merytorycznej	
Pieczętka imienna i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	

4
8

Karta oceny merytorycznej wniosku nr:4311.2.....2019

Moduł I Obszar Zadanie

Dot. wniosku:

I Punkty preferencyjne			
Osoba w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10	Max 10	
	Razem	Max 10	

II Niepełnosprawność			
Stopień niepełnosprawności			
- Znaczny (I grupa) lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia	5	Max 7	
- Umiarkowany (II grupa)	3		
- Niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	2		
Dysfunkcja			
- Osoba porusza się na wózku inwalidzkim / przy pomocy protezy	15	Max 42	
- Osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych / obu kończyn dolnych / osoba niewidoma / osoba niesłysząca	15		
- Osoba z dysfunkcją jednej kończyny dolnej / jednej kończyny górnej / osoba niedowidząca / osoba niedosłysząca	13		
- Osoba głuchoniewidoma	12		
	Razem	Max 49	

III Kryteria dot. danego obszaru			
A1 – Rodzic / opiekun prawny dziecka nie posiada oprzyrządowania samochodu	5	Max 5	
B1 – Dziecko nie otrzymało wcześniej dofinansowania do sprzętu / elementów, o który wnioskuje rodzic / opiekun prawny	0-5*		
B2 – Dziecko nie ukończyło wcześniej żadnego kursu obsługi sprzętu, o który wnioskuje rodzic / opiekun prawny	5		
B4 – Dziecko nie otrzymało wcześniej dofinansowania do sprzętu / elementów o który wnioskuje rodzic / opiekun prawny	0-5*		
B5 – Pod opieką rodziców / opiekunów prawnych jest więcej niż jedno dziecko do 18 roku życia	5		
C2 – Dziecko nie otrzymało wcześniej dofinansowania do naprawy wózka, który aktualnie objęty jest naprawą	5		
C5 – Pod opieką rodziców / opiekunów prawnych jest więcej niż jedno dziecko do 18 roku życia	5		
	Razem	Max 5	

* proporcjonalnie do liczby przedmiotów dofinansowania

IV Inne			
Dochód na osobę w gospodarstwie domowym			
- Do 764 zł	2	Max 2	
- Do 1500 zł	1		
Otrzymane wcześniej dofinansowanie			
- Dziecko nie otrzymało dotąd żadnego dofinansowania w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd	4	Max 4	
- Przesłanki istniejące do ponownego dofinansowania w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd	0-2		
Szczególne utrudnienia dziecka	2	Max 2	
Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania	0-10	Max 10	

f 41

Więcej niż 1 osoba niepełnosprawna w gospodarstwie domowym	1	Max 1	
Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	2	Max 2	
Rodziec wychowuje samotnie niepełnosprawne dziecko	5	Max 5	
Etap kształcenia			
- Dziecko pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej / ponadpodstawowej	10	Max 10	
- Dziecko pobiera naukę w szkole podstawowej / gimnazjalnej	5		
- Dziecko realizuje obowiązek szkolny w innej placówce	3		
	Razem	Max 36	

Maksymalna liczba punktów do zdobycia	100 pkt
Minimalna liczba punktów określona do przyznania dofinansowania	25 pkt
Uzyskana liczba punktów	

Data przeprowadzenia weryfikacji merytorycznej	
Pieczętka imienna i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	

84

**WYBÓR PRACOWNIKA DO OCENY MERYTORYCZNEJ
WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:4311.2.....2019**

Dot.

Do oceny w/w wniosku o dofinansowanie w ramach programu pilotażowego Aktywny Samorząd

Moduł I Obszar Zadanie wyznaczam:

1.

2.

.....
Pieczętka imienna, data, podpis kierownika działu
zajmującego się realizacją programu

5 A

Podsumowanie ocen merytorycznych wniosku nr4311.2.....2019

Dot.

Dane pracownika	Liczba punktów
Suma punktów	
Średnia liczba punktów	
Proponowana kwota	

.....
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika
dokonującego podsumowanie oceny merytorycznej

f
91

Ranking ocen merytorycznych pilotażowego programu "Aktywny Samorząd" 2019 r.
na dzień

L.p.	Nr wniosku	Imię i nazwisko	Obszar i zadanie	Kwota wnioskowana	Weryfikacja formalna	Data weryfikacji formalnej	Weryfikacja merytoryczna	Data weryfikacji merytorycznej	Średnia liczba punktów	Proponowana kwota dofinansowania

Pracownik weryfikujący wnioski pod względem formalnym

Pracownicy weryfikujący wnioski pod względem merytorycznym

Kierownik Działu Wsparcia Seniorów i Osób Niepełnosprawnych