

...................................................... .

data wpływu wniosku do PCPR

 Numer kolejny wniosku .................

 DRON.4353.7. .2019

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

w ramach programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I, Obszar C

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

 (należy zaznaczyć właściwe zadanie przez zakreślenie pola )

|  |  |
| --- | --- |
|  *– Zadanie nr 2* |  *– Zadanie nr 3* |
| *pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym* | *pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne* |
|  *– Zadanie nr 4* |  *– Zadanie nr 5* |
| *pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne* | *pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* |

**CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko..................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

**Dane dotyczące opiekuna prawnego pełnoletniej osoby niepełnosprawnej nie posiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych bądź jeden z rodziców sprawujący opiekę nad małoletnią osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny:**

Imię i nazwisko.................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ………………………………………………..

Adres zamieszkania: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

**KONTAKT TELEFONICZNY**: nr kier........... Nr telefonu ................................................

Nr tel. komórkowego: ............................................

e’mail (*o ile dotyczy*): .................................................................

# **POSIADANE ORZECZENIE - WAŻNE DO DNIA: ………………………………..**

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym

b) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

 dysfunkcja narządu ruchu

 inne:

**JESTEM UŻYTKOWNIKIEM WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM LUB SKUTERA**

 tak nie

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU:**

- media - Realizator programu

- PFRON - inne, jakie:

**ZATRUDNIENIE – DOTYCZY OSÓB W WIEKU EMERYTARNYM**

 tak nie

***2.* INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W OSTATNICH TRZECH LATACH: 2018, 2017, 2016**

|  |
| --- |
| tak nie  |
| **Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia** | **Wysokość otrzymanego dofinansowania(w zł)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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 – DOT. MODUŁU I**

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Szczegółowe uzasadnienie wniosku, jak przedmiot dofinansowana pomoże w realizacji celów programowych (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):

\*przygotowanie Wnioskodawcy do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,\* umożliwienie Wnioskodawcy aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie  | ................................................................................................................ …………………………………………………………………………................................................................................................................…………………………………………………………………………. ...............................................................................................................…………………………………………………………………………. ................................................................................................................………………………………………………………………………….................................................................................................................……………………………………………………………………………................................................................................................................. |
| 1. 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
 |  - tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  |
| 1. Zakres niepełnosprawności:
 |  - osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub brak obu kończyn górnych lub osoba niewidoma  - osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub z dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoba niedowidząca- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, osoba głuchoniewidoma nie dotyczy |
| 1. Aktualnie realizowany etap kształcenia
 |  osoba studiująca  osoba ucząca się obowiązek szkolny szkoła średnia lub zawodowa nie dotyczy |
| 1. Czy Wnioskodawca jest w wieku aktywności zawodowej?\*
2. Czy Wnioskodawca jest aktualnie zatrudniony?
3. Czy Wnioskodawca jest zarejestrowany w urzędzie pracy jako bezrobotny lub poszukujący pracy?
 |  - tak - nie - nie dotyczy - tak - nie - nie dotyczy - tak - nie - nie dotyczy |
| 1. 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)?
 |  - tak - nie |
| 1. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie o niepełnosprawności)?
 |  - tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 1. Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, miejsce zamieszkania źle zurbanizowane czy skomunikowane z innymi miejscowościami, występują bariery architektoniczne i techniczne, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.
 |  - tak - nie…...............................................................................................……………………………………………………………......…................................................................................................ |
| 1. Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych
 |  - tak - nie |

**\*osoba w wieku aktywności zawodowej-** należy przez to rozumieć pełnoletnie osoby, które nie osiągnęły wieku emerytalnego.

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA LUB REFUNDACJI - Moduł I/Obszar C/Zadanie 2**

**Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zadania – proponowane koszty utrzymania sprawności technicznej skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|  |  |  |
|  |  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU C – ZADANIE: 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto zakupu/usługi w zł - 100%** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| NIEKORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO NAPRAWY SKUTERA LUB WÓZKAKORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO NAPRAWY SKUTERA LUB WÓZKA: (w zakresie) ............................................................................................................................................................na które otrzymałam/em dofinansowanie ze środków PFRON w .................. roku.**Okres gwarancyjny zakończył się (podać datę) …………………** |
|  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
4. 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,
5. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar C/Zadanie 3**

**Proteza kończyny górnej**- należy przez to rozumieć:

1. Poziom III- proteza z precyzyjnymi elementami mechanicznymi oraz nowoczesnym zawieszeniem kikuta ( także z wykorzystaniem technologii silikonowej) oraz bardzo dobrym wykończeniem kosmetycznym; uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu umożliwiającym podjęcie aktywności zawodowej,
2. Poziom IV- proteza z elementami bioelektrycznymi (lub elementy kombinowane bioelektryczne i mechaniczne, tzw. hybrydowe); proteza w części bioelektrycznej sterowana impulsami z zachowanych grup mięśniowych; w znacznym stopniu pozwala na uniezależnienie się od otoczenia, jednak nie zawsze jest akceptowana przez pacjentów w szczególności z powodu znacznej wagi.
3. Protezy w zakresie:

- ręki,

-przedramienia,

-ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

**Proteza kończyny dolnej**- należy przez to rozumieć:

1. **Poziom III- poziom bardzo dobry; proteza wykonana na nowoczesnych elementach ( stopa, staw kolanowy) oraz posiadająca bardzo dobre zawieszenie w leju, także na elementach silikonowych; w tej grupie protez pacjent może otrzymać zaopatrzenie zapewniające takie możliwości lokomocyjne, aby mógł podjąć lub kontynuować aktywność zawodową,**
2. Poziom IV- grupa najnowocześniejszych w świecie protez, także z elementami sterowanymi cyfrowo, z wielowarstwowymi lejami oraz najlżejszymi elementami nośnymi; umożliwiają w niektórych przypadkach także aktywność sportową i rekreacyjną pacjentów.
3. Protezy w zakresie:

-na poziomie podudzia

-uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

-na wysokości uda ( także przez staw kolanowy)

**Proteza kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**- należy przez to rozumieć protezy/protezę kończy górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie jakości protez.

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego zakupu) | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|  □ Koszt zakupu protezy kończyny górnej w zakresie: □ Koszt dojazdu na spotkanie z expertem PFRON: □ Koszt zakupu protezy kończyny dolnej w zakresie: □ Koszt dojazdu na spotkanie z expertem PFRON: |  |
|  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU C – ZADANIE: 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego****(10% ceny brutto zakupu w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| NIEKORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA DO PROTEZ KORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA DO PROTEZ:............................................................................................................................................................na które otrzymałam/em dofinansowanie ze środków PFRON w ..................roku. |
|  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania: □ tak - □ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto,
5. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
6. 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,
7. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
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, 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOT*U* DOFINANSOWANIA / REFUNDACJI - Moduł I/Obszar C/Zadanie 4**

**Kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny\*** – należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej protez/y kończyny górnej i/lub dolnej, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne;

**\*Protezie kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne** – należy przez to rozumieć protezę/protezy kończyny górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie jakości protez.

|  |  |
| --- | --- |
| **Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego zakupu)** | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|  □ Koszt naprawy protezy kończyny górnej w zakresie: □ Koszt dojazdu na spotkanie z expertem PFRON: □ Koszt naprawy protezy kończyny dolnej w zakresie: □ Koszt dojazdu na spotkanie z expertem PFRON: |  |
|  RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA/REFUNDACJI W RAMACH OBSZARU C – ZADANIE: 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto zakupu/usługi w zł - 100%** | **Wysokość udziału własnego****(10% ceny brutto zakupu/usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
|  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| NIEKORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA DO NAPRAWY PROTEZ KORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA DO NAPRAWY PROTEZ:............................................................................................................................................................na które otrzymałam/em dofinansowanie ze środków PFRON w ..................roku.OKRES GWARANCJI ZAKOŃCZYŁ SIĘ /PODAĆ DATĘ/.................................. |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. Wnioskowana pomoc udzielona po zakończeniu gwarancji: □ tak - □ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w naprawie protezy (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto wnioskowanego zadania,
5. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
6. 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,
7. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
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, 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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.*

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - Moduł I/Obszar C/Zadanie 5**

Poprzez dysfunkcję narządu ruchu powodującej problemy w samodzielnym przemieszczaniu się (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) – należy rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz

Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) – należy przez to rozumieć przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym) możliwe do zamontowania w standardowym wózku inwalidzkim (ręcznym), gwarantujące maksymalne odciążenie przy jeździe, pchaniu lub hamowaniu wózka, także na nierównych nawierzchniach, zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się

|  |
| --- |
| Model (nazwa) skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: |
| Wybrany skuter jest: trzykołowy czterokołowy  jednoosobowy dwuosobowy  |
| Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:  |
| Dodatkowe wyposażenie: |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W RAMACH OBSZARU C – ZADANIE 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto – 100% (w zł)** | **Wysokość udziału własnego (35% ceny brutto)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| **Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym**  |  |  |  |
| **Napęd elektryczny do wózka ręcznego** |  |  |  |
| **Dodatkowe wyposażenie**  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER:  MODEL ……………… ROK NABYCIA |
|  |

**\***należy zaznaczyć właściwe

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY \*** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Ostrowskiego – PCPR □ tak- □ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
4. 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,
5. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

□ tak - □ nie,

1. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
2. przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych jest Realizator programu oraz PFRON. Administrator zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
3. zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
5. *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,*
6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania: □ tak - □ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 35% ceny brutto.

………………………………. ……………………………………….

 data czytelny podpis wnioskodawcy

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych RODO) informuję, iż:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: 62 735 51 52, fax.: 735 02 05,** **e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl****,** [**www.pcpr.powiat-ostrowski.pl**](http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl)**, a współadministratorem Wielkopolski Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w: 60-573 Poznań, ul. Lindego 6, tel.: (61) 66 64 617, e-mail:** **poznan@pfron.org.pl.**
2. **Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: 62 62 735 51 52, fax.: 735 02 05** **e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl****.**
	* **dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c)
	rozporządzenia RODO, co oznacza iż przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,**
	* **w celach archiwalnych.**
3. **Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu 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 lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.**
4. **Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz** innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa
5. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.**
6. **Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:**
	* **żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,**
	* **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,**
	* **wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

**5. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| 1... | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) ) albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.) |   |   |  |
|  2 | Oświadczenie o wysokości dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym  |   |   |  |
|  3 | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |   |   |  |
|  4 | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |   |   |  |
|  5 | Wystawione przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły oświadczenie, potwierdzające rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki / na dowolnym druku/ |   |   |  |
| 6 | Wystawione przez pracodawcę oświadczenie, potwierdzające zatrudnienie /na dowolnym druku/ |   |   |  |
| 7 | Zaświadczenie lekarza specjalisty, zawierający opis schorzenia – C3 i C4 |   |   |  |
| 8 | Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym – wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku - C5 |   |   |  |
| 9 | Oferta/kosztorys wstępny przedmiotu dofinansowania lub dwie niezależne oferty – C3 i C4 |   |   |  |
|  10 | Faktura za poniesione koszty/koszty poniesione do 180 dni przed dniem złożenia wniosku - C2, C4 |   |   |  |
|  11 | Dowód osobisty do wglądu |   |   |  |
| 12 | Oświadczenie, iż Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych 1 |   |   |  |
|  13 | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |

1. **osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:

 a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawieart. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018 r. poz. ), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), a także,

 b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

 **Wniosek przyjęłam/em**

 **..............................................................................**

 Data oraz pieczątka i podpis pracownika DRON

**CZĘŚĆ B – 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, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie  | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)  | Data, pieczątki 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 |  - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)  |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - tak - nie |  |
| 8 | Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w ramach obszaru C ze środków PFRON: /pomoc może być udzielana co 3 lata, (za wyjątkiem C2 i C4) licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy/ |  - tak - nie |  |
| 9 | Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/ lub w okresie objętym refundacją kosztów |  - tak - nie |  |
| 10 | Ważne zaświadczenie lekarskie |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ....................../ ......................../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** |
| Wniosek uzupełniony w zakresie pkt: ........................................................................... |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

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

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
|  *Moduł I Obszar C– Zadanie nr 2* |  *Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3* |
| *................................................... zł* |  *................................................ zł*Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:*................................................... zł*  |
|  *Moduł I Obszar C– Zadanie nr 4*  |  *Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5* |
| *................................................... zł*Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:*................................................... zł* | *................................................... zł* |
|  **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| .………………………………………. ………………………………………………..data podpisy osoby podejmującej decyzję |

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

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*