

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

data wpływu wniosku do PCPR

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

DRON.4353.8. .2019

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

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

(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.

|  |
| --- |
| *Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienia opieki dla osoby zależnej (dziecka będącego pod opieką wnioskodawcy i przebywające w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką- dziennego opiekuna, niani lub w ramach klubu dziecięcego - pomoc adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka).* |

**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 dziecka będącego pod opieką Wnioskodawcy:**

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

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

- media - Realizator programu

- PFRON - inne, jakie:

**ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY:**

**Zatrudnienie – należy przez to rozumieć:**

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

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,

zatrudnienie na podstawieumowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy /okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się/

staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20.04.2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.), okresy zatrudnienia Wnioskodawcy w ramach ww. stażu mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia,

działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.),

działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, z późn. zm.).

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

**bezrobotna/y poszukująca/y pracy**

Nazwa pracodawcy : …………………………………………………………………………….....

Adres miejsca pracy : ………………………………………………………………………..……..

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia …………………

**działalność gospodarcza** Nr NIP ……………………………………………………………………………………

**działalność rolnicza** ……………..……………………………………………………………………………………….

***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 - Moduł I/Obszar D**

**Osobie zależnej –** należy przez to rozumieć dziecko będące pod opieką wnioskodawcy przebywające w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką (dziennego opiekuna, niani lub w ramach klubu dziecięcego, punktu przedszkolnego, zespołu wychowania przedszkolnego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zadania (rodzaj planowanego zadania) | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | Przedszkole |  |
| □ | Żłobek |  |
| □ | Dzienny opiekun, niania, klub dziecięcy, punkt przedszkolny |  |
|  | RAZEM |  |

**5.WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Orientacyjna cena brutto usługi** | **Koszt ogólny – 100%** | **Wysokość udziału własnego (15% ceny brutto usługi w zł)** | **Kwota wnioskowana w zł** |
| 1. **Kwota wydatków poniesionych do dnia złożenia wniosku** |  |  |  |
| 1. **Kwota wydatków planowanych** |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| Nie korzystałam/em z dofinansowania do przedszkola/ żłobka/innej tego typu opieki  Korzystałam/em z dofinansowania do przedszkola/ żłobka/innej tego typu opieki dla  ……………………………………………………………………, 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. 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. **W ciągu 14 dni dostarczę brakujące dokumenty.**
3. 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.
4. 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.).

………………………………. ……………………………………….

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**](mailto:e-mail:%20pcpr-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.**](mailto: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**](mailto:e-mail:%20pcpr-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.**

**7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1... | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) |  | |  |  |
| 2 | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka |  | |  |  |
| 3 | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym |  | |  |  |
| 4 | Wystawione przez pracodawcę oświadczenie, potwierdzające zatrudnienie /na dowolnym druku/ |  | |  |  |
| 5 | Oświadczenie o wysokości dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym |  | |  |  |
| 6 | Dowód osobisty do wglądu |  | |  |  |
| 7 | Koszt zapewnienia opieki nad osobą zależną, przygotowany przez stosowną placówkę opieki |  | |  |  |
| 8 | Dowody opłat za zapewnienie opieki |  | |  |  |
| 9 | Oświadczenie, iż Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych 1 |  | |  |  |
| 10 | 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 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 | |  |
| 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 D* |  |
| *................................................... zł* | |
| **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: | |
| .  ………………………………………. ………………………………………………..  data podpisy osoby podejmującej decyzję | |

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

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

*data, podpis:*

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

*data, podpis:*